Saúde do adulto

Carlos Haroldo Piancastelli
Giulliana Cantoni Di Spirito
Tácia Maria Pereira Flisch

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2012

© 2012, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.
Licença Creative Commons License Deed
Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil
Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.
Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.
Creative Commons License Deed - http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt.

Universidade Federal de Minas Gerais
Reitor: Clélio Campolina Diniz
Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitoria de Extensão
Pró-Reitora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)
Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Escola de Enfermagem
Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Faculdade de Educação
Diretora: Samira Zaidan

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Diretor: Emerson Silami Garcia

Faculdade de Medicina
Diretor: Francisco José Penna

Faculdade de Odontologia
Diretor: Evandro Neves Abdo

Projeto Gráfico
Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação
Adriana Januário / Alexander Torres

C462f Piancastelli, Carlos Haroldo.
Saúde do Adulto / Carlos Haroldo Piancastelli, Giulliana Cantoni Di Spirito e Tácia Maria Pereira Flisch. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.
174p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família.

1. Saúde do adulto. 2. Saúde da família. 3. Atenção primária à saúde. I. Spirito, Giulliana Cantoni Di. II. Flisch, Tácia Maria Pereira. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). IV. Título.

NLM: WA 300
CDU: 614

Sumário

Apresentação das autoras 05

Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Programa Ágora 06

Apresentação da Unidade Didática II: Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família 07

Introdução ao módulo 08

Seção 1- Quero fazer um *check up* 15

Parte 1 | O caso de Alex 17

Parte 2 | Programas de Avaliação periódica de saúde (AvPS) para aconselhamentos e intervenções comportamentais 22

Parte 3 | Ações de aconselhamento: Como atuar e obter mudanças comportamentais? 27

Parte 4 | Ações de rastreamento (*screening tests*) 31

Parte 5 | Ações de imunização 34

Seção 2 - "Marina vai à luta" 37

Parte 1 | O caso de Marina 39

Parte 2 | Demanda programada x demanda espontânea: uma questão nevrálgica na organização da atenção 40

Parte 3 | Classificação de risco: orientando a prestação do cuidado 41

Parte 4 | Aconselhamento pré e pós-testagem para HIV 48

Seção 3 - "Tenho medo de estar com uma doença grave" 53

Parte 1 | O caso Michele 55

Parte 2 | Dor de cabeça e enxaqueca 56

Parte 3 | Lombalgia: queixa comum em atenção primária 59

Parte 4 | O que é o Método Clínico Centrado na Pessoa? 62

Parte 5 | Falando um pouco sobre depressão 66

Seção 4 - "Já vem Dona Edilene de novo" 71
Parte 1 | O caso de D. Edilene **73**
Parte 2 | Infecções agudas do trato respiratório **74**
Parte 3 | Os hiperutilizadores **77**
Parte 4 | A avaliação pré-operatória na Atenção Primária à Saúde **82**

Seção 5 - Todo cuidado é pouco 87
Parte 1 | O caso de Dona Letícia 89
Parte 2 | Atenção Básica e cuidados paliativos 90
Parte 3 | Controle da dor 92
Parte 4 | Alguns cuidados para prevenção de úlceras por pressão 95
Parte 5 | O preenchimento da Declaração de Óbito 99

Seção 6 - Não quero ficar dependente de remédios 101
Parte 1 | O caso do Sr. Valdir 103
Parte 2 | Adesão ao tratamento 104
Parte 3 | Síndrome metabólica 106

Seção 7 - Desenvolvendo conceitos e habilidades 109
Parte 1 | *Check up* e Avaliação Periódica de Saúde 111
Parte 2 | Programa de atividade física 113
Parte 3 | Programa de alimentação saudável 116
Parte 4 | Programa de prevenção e controle do tabagismo 119
Parte 5 | Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas 122
Parte 6 | Quadro clínico de infecção do trato urinário 125
Parte 7 | Hipertensão arterial sistêmica 129
Parte 8 | Identificando fatores de risco cardiovascular 139
Parte 9 | Falando sobre o *diabetes mellitus*... 147

Conclusão do módulo 155

Referências 156

Apêndice A - Glossário 169

Apresentação das autoras

Carlos Haroldo Piancastelli

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em clínica médica pelo Hospital das Clínicas/UFMG. Aperfeiçoamento na Texas University Medical Branch at Galveston, EUA, em Educação Médica e Medicina de Família. Fellow pelo Programa Regional de Educadores Médicos do Brasil, coordenado pela Foundation for Advancement of International Medical Education and Research, vinculado à Drexel University, Filadélfia, EUA. Ex-Professor Assistente da Faculdade de Medicina da UFMG, Departamento de Clínica Médica. Ex-consultor do Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica, nas Coordenações de Qualificação e de Acompanhamento dos Programas de Pós-graduação em Saúde da Família. Consultor/assessor na área de formação/educação de profissionais de saúde.

Giulliana Cantoni Di Spirito

Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Especialização em Geriatria pelo Núcleo de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Pós-graduanda em Terapia Familiar Sistêmica. Médica de Família do Município de Contagem/MG. Preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de Contagem/MG.

Tácia Maria Pereira Flisch (colaboradora)

Enfermeira pela Escola de Enfermagemda Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Saúde de Família. Projeto Veredas, Escola de Enfermagem da UFMG. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG. Enfermeira da Fundação de Assistência Médica e Urgência de Contagem - FAMUC.

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)/ Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

O curso integra o Programa Ágora, do Nescon, e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. O Programa, além do CEABSF, atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família, em um conjunto de Cadernos de Estudo (módulos) e outras mídias, disponibilizadas tanto em DVD – módulos, outros textos e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Este Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG e de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que esse curso de especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com elevado grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:
www.nescon.medicina.ufmg/agora

Apresentação da Unidade Didática II

Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da qual faz parte esta publicação, está formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar 210 horas (14 créditos). Com eles completa, com as 150 horas (10 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessárias à integralização da carga horária total do CEABSF.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar que o profissional atenda às necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II, envolvendo tópicos especiais de 60 horas, como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e emergências e saúde mental.

Outros módulos, de 30 horas, são ofertados visando às demandas profissionais específicas, complementando os módulos maiores, como saúde da criança - doenças respiratórias -, agravos nutricionais, saúde do trabalhador, entre outros. Nesse grupo incluem-se três módulos de Educação Física, referenciados à saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.

Endemias e epidemias são abordadas em módulos que desenvolvem aspectos da atenção básica para atenção a leishmaniose, dengue, febre amarela, tuberculose, hanseníase, entre outros.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais, como saúde ambiental, acidentes e violência, também estão abordadas em módulos específicos. Família como foco da atenção primária compõe um dos módulos da UD II e traz importante base conceitual para as relações que se processam no espaço de atuação da equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, três módulos são indicados a todos os alunos das demais turmas, como disciplinas optativas: Iniciação à metodologia científica; Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço; e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que os profissionais, antes da opção e matrículas nas disciplinas, consultem os conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Espera-se que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa apenas mais um momento do processo de desenvolvimento e qualificação constantes dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Introdução ao Módulo

Saúde de adulto

O presente módulo pretende discutir a atenção à saúde do adulto na pers- pectiva da Estratégia Saúde da Família, o que implica pensar no adulto além de sua idade cronológica, mas nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Inicialmente, a seguinte indagação: o que é ser adulto?

Os mais variáveis termos são encontrados como sinônimos: adultez, adultado, adultilidade, adultescência, andragogia, maturescência, antropolescência (BOUTNET, 2004; COSTA; SILVA, 2003 *apud* SOUSA, 2007).

É provável que muitos tenham a compreensão que é uma etapa do ciclo vital idealizado pelos jovens como o momento pleno para realização de suas fantasias e sonhos. É um período imaginário no qual se adquirem responsabilidade, autonomia plena de seus atos, emprego, independência financeira e outros. Mas, na verdade, o adulto é um ser humano que vivencia, no seu dia-a-dia, gratificações, reconhecimento, sucesso e alegrias, como também enfrenta numerosas dificuldades em sua jornada existencial e apresenta momentos de instabilidades no seu modo de ser e de viver. Entre altos e baixos, homens e mulheres seguem os percalços da existência que lhes são impostos pela vida para alcançar esse momento idealizado e almejado pela juventude.

A idade adulta, longe de ser um período de gozo da aprendizagem, de equilíbrio e de estabilidade emocional, é composta de inúmeras situações que levam uma pessoa a agir, a pensar e a decidir de diferentes modos (SILVA, 2004).

Ser adulto é ser capaz de vivenciar na sociedade momentos de escolhas, decisões, de construir e desfazer laços afetivos, de estabilidade e instabilidade na vida profissional, financeira e familiar, profissionalizar-se, tornar-se um ser estruturado, agir por si só, sofrer várias pressões sociais e viver de acordo com as normas sociais que ora o oprime e ora o liberta.

Para Sousa (2007), existem categorias de adulto: uma, como pessoa equilibrada e estável; outra, como sujeito em desenvolvimento, em atitude

de experimentação, de progressão, de formulação de desejos e concretização de projetos, com etapas a percorrer e objetivos a cumprir; e outra categoria como o sujeito que tem de lidar com o imprevisto, o risco, a exclusão, a desestabilização e a inexistência de quadros de referência.

A faixa etária que determina o ser adulto depende da cultura. Em algumas culturas africanas, adultos são todos os maiores de 13 anos – a maior parte de outras civilizações enquadra essa idade como adolescência.

Neste módulo, considera-se adulta a pessoa na faixa etária dos 18 aos 60 anos, tomando como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que considera o fim da adoslescência aos 18 anos, e o Estatuto do Idoso (2003), que define a pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003).

Para Silva (2004), a vida adulta compreende três períodos: adulto jovem, para a faixa etária entre 18 e 21 anos; adulto, para a faixa etária de 21 aos 45 anos; e meia-idade para as pessoas que possuem idades entre 45 e 60 anos.

Em cada uma dessas faixas etárias, homens e mulheres têm experiências diferentes que vão desde uma fase intermediária, de adolescência para idade adulta, em que as pessoas estão em processo de construção da vida afetiva, profissional e financeira, ao próprio processo de maturidade. Adquirida a estabilidade, ocorre a consolidação profissional no mercado de trabalho, definição do relacionamento afetivo, constituição de família, revisão do modo de vida e mudanças de valores. Por volta dos 30 anos os adultos sentem necessidade de levar a vida mais seriamente, fazendo uma reavaliação da vida que até então levaram. A vida adulta é "deixada aparentemente nas suas antigas certezas, como uma idade sem problemas, uma vez definida como idade de referência" para todas as outras fases de vida (BOUTINET, 2000, p. 11, *apud* SOUSA, 2007).

Na fase de meia-idade, de 45 a 60 anos, as pessoas estão num período de manutenção das atividades profissionais já consolidadas ou perspectivas de aposentadoria e as experiências afetivas já iniciadas.

Como em outras fases anteriores, os homens e as mulheres se adaptam de maneira diferente a cada fase da vida adulta. A fase de vida adulta, com o aumento da esperança de vida, ocupa cerca de 50% do total do percurso de vida de cada indivíduo. Este fato torna urgente a investigação acerca desse novo adulto, que tem pela frente diversos caminhos a percorrer, muitas decisões a tomar e experiências a viver (SOUSA, 2007).

O Brasil, em decorrência do envelhecimento populacional, está enfrentando progressivamente a substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas (IBGE, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) classifica como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças cérebro-vasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias. Fazem parte do elenco das doenças: o alcoolismo, a dependência química, a tuberculose e a hanseníase. Constitui um problema grave a violência de modo geral.

Neste sentido, os problemas de saúde do adulto tornaram-se ainda mais importantes. Apesar disso, a saúde pública no Brasil tem tradicionalmente priorizado ações voltadas para a criança, a mulher e o idoso, provocando um lapso em relação à assistência ao adulto - o período de vida mais produtivo de uma pessoa (LOTUFO, 1996).

Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), que está alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, com estratégias de promoção de saúde com vistas à redução de agravos e melhoria na qualidade de vida, é um desafio para os profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família.

De acordo com essa política, estudos comparativos entre homens e mu- lheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas e morrem mais precocemente que as mulheres. Quanto à maior vulnerabilidade e às altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária. Quando precisam, procuram a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequências o agravo da morbidade, pelo retardamento na atenção, e o alto custo para o sistema de saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados se os homens procurassem com regularidade a Unidade Básica de Saúde.

Ressalte-se que quando o homem é acometido por uma doença crônica, a adesão ao tratamento é menor, porque os esquemas terapêuticos exigem grande empenho do paciente em mudanças de hábitos de vida.

De modo geral, as causas da baixa adesão são as barreiras socioculturais e as institucionais. Nas variáveis culturais estão os estereótipos de gênero, em que a doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à condição biológica. O homem cuida menos de si e se expõe mais às situações de risco.

Uma questão bastante citada pelos homens para a não procura pelos

serviços de atenção primária está ligada à sua posição de provedor. Alega-se que os períodos de funcionamento dos serviços de saúde coincidem com o horário do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade la- boral tem lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social.

Ainda que isso possa se constituir como uma barreira importante, atualmente existem mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, que fazem parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, que nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Em relação às barreiras institucionais, é mencionada a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis, o que, muitas vezes, causa a "perda" de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta.

Os profissionais de saúde devem ter conhecimento dessas barreiras e propor estratégias que promovam o acesso dos homens aos serviços de atenção primária □ porta de entrada ao sistema de saúde □, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008).

O aumento da expectativa de vida faz questionar sobre o momento em que se deve trabalhar com a prevenção de agravos da saúde e o atendimento que é dado ao adulto na promoção de saúde, prevenção de doenças e na recuperação, visando à qualidade de vida com mais dignidade e à velhice saudável.

Este momento, no curso, é propício para profunda reflexão sobre quem é esse adulto que atendemos na Estratégia Saúde da Família. Pode ser uma pessoa equilibrada, ponderada, pai/mãe de família, trabalhadora, empregada ou desempregada ou aquela pessoa que não deu conta de lidar com os revezes da vida e entrou no mundo das drogas e da marginalidade, desprovida do afeto e do aconchego familiar. Pode ser, ainda, um homem ou uma mulher com sofrimento mental. Sobretudo, o adulto é aquele que adentrou a Unidade Básica de Saúde porque está precisando ser acolhido na sua dor física ou mental.

Ignorar a existência de um número cada vez mais alto de adultos desiludidos ou resignados com o seu trabalho e com a sua vida familiar é fechar os olhos a uma realidade que leva adolescentes, jovens e os próprios adultos a afirmarem que não querem ser adultos e a adotarem uma postura pessimista em face da adultez (SOUZA, 2007).

Outros desafios, para o país, são as dificuldades no direcionamento de ações para a promoção e proteção da saúde, que o país encontra em decorrência das mudanças nos perfis epidemiológico e demográfico.

É do conhecimento de todos os profissionais de saúde que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por mais de um milhão de internações por ano no Sistema Único de Saúde. As doenças crônicas estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população. No Brasil, a situação não é diferente. As doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares e o diabetes mellitus, também lideram as causas de mortalidade e morbidade, gerando grandes demandas aos serviços de saúde, apesar de o desenvolvi- mento tecnológico e científico possibilitar o diagnóstico precoce e antecipar a terapêutica adequada (MINAS GERAIS, 2006).

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde investir no atendimento ao adulto, considerando as especificidades individuais. Espera-se que você reflita sobre os índices de morbidade e mortalidade de doenças preveníveis e tratáveis da sua área de abrangência, para as decisões de elaborar propostas de implantação, reestruturação e organização do serviço de saúde, objetivando otimizar os recursos da comunidade e do sistema de referência em saúde.

A melhoria das condições de vida do adulto torna-o um ser com possibilidade de viver por mais anos, remetendo-o à revolução das necessidades, do incremento do consumo, da informação, da promoção do lazer, do rejuvenescimento e do hedonismo (LESSA, 2001 apud FREITAS, 2007).

Dado que o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família implica uma práxis que leva em conta o indivíduo, a família e a comunidade, nada mais coerente do que abordar o ser adulto dentro de uma perspectiva que possibi- lite compreensão mais abrangente dessa fase do ciclo de vida humana.

Refletir sobre a adultez, suas transições e transformações, as diferentes etapas da fase adulta, os estádios de desenvolvimento psicossocial dessa fase, o ciclo de vida do adulto no contexto da família e sobre as implicações da enfermidade sobre o adulto e a família certamente possibilita ao profissional uma abordagem mais humana, acolhedora e compreensiva do cuidar em saúde.

Após o estudo deste módulo, complementado pelas tarefas solicita-

das, espera-se que você possa desenvolver habilidades e atitudes que lhe possibilitem compreensão mais abrangente, integradora e instrumentalizadora em torno do cuidado dispensado à saúde do adulto.

As seções deste módulo buscarão introduzir o profissional de saúde no cenário que envolve seu fazer técnico específico, qual seja, em sua prática cotidiana, envolvendo ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação no tocante à saúde do adulto.

Apresentada sob forma de casos, cada uma das seções buscará tratar de temas e questões que possibilitarão aos profissionais reorganizar o processo de trabalho, seja no contexto individual, seja no coletivo.

Na seção 1 - Quero fazer um check up - busca-se introduzir uma concepção de avaliação periódica de saúde, procurando incorporá-la no cotidiano das equipes a partir do aconselhamento, do rastreamento, da imunização e da quimioprevenção. São discutidas, em linhas gerais, as bases para o desenvolvi- mento das atividades essenciais relacionadas ao desenvolvimento do processo de trabalho da equipe.

Na seção 2 - Marina vai à luta - é apresentada a classificação de risco como importante estratégia de organização da demanda espontânea. Segue-se a apresentação de uma condição clínica aguda, como modelo de enfrentamento e de intervenção por parte da equipe. Ainda nesse caso são discutidas as principais abordagens a serem levadas a efeito nos casos de oferta, solicitação e orientação em relação à testagem para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Na seção 3 - Tenho medo de estar com uma doença grave - são abordadas pela equipe condições muito comuns na atenção básica, a enxaqueca e a lombalgia – em função das prevalências, pela demanda que impõem ao serviço e pela frequência com que geram absenteísmo –, valendo-se da condução clínica, da observação atenta, da demora permitida, com ênfase especial no método centrado na pessoa.

Na seção 4 – no caso "Já vem Dona Edilene de novo", tomando como refe- rência uma condição clínica comum – uma síndrome respiratória viral aguda –, a partir da qual se identifica uma série de atendimentos na unidade de saúde, é enfatizada a hiperutilização do serviço de saúde, bem como as estratégias pelas quais a equipe pode organizar a atenção a essa demanda. Ainda neste caso a hipertensão arterial é apresentada como uma das condições crônicas mais prevalentes na atenção primária e seu manejo é discutido como paradigma de abordagem dessas condições.

Na seção 5 - Todo cuidado é pouco - o cuidado paliativo é enfatizado como condição que exige da equipe qualificação adequada e da família uma postura cercada de cuidados e de atenção para com o paciente. Neste caso, a interação paciente-equipe-família é priorizada em todas as atividades, seja na visita domiciliar, seja em qualquer outra instância em que um paciente fora de possibilidade terapêutica recebe cuidados.

Na seção 6 - Não quero ficar dependente de remédios - são abordados aspectos relacionados à síndrome metabólica envolvendo diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento, acompanhamento e prevenção secundária e terciária referentes a uma das condições crônicas mais prevalentes e responsáveis por elevado número de internações, complicações, sequelas e mortes: o diabetes mellitus. Esses aspectos são em função da lida dessa doença com uma série de medicações, orientações, rastreamentos, aconselhamentos e ações, envolvendo imunização e quimioprevenção e a adesão à terapêutica medicamentosa e nutricional, que é considerada um nó critico pelos profissionais de saúde.

Na seção 7 são apresentados textos de aprofundamento conceitual e operacional. A partir de citações inseridas nas seções anteriores, orientou-se para a leitura das partes 1 a 9 dessa seção, que tratam de check up e avaliação periódica de saúde, programa de atividade física, programa de alimentação saudável, programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas, programa de prevenção e controle do tabagismo, quadro clínico de infecção do trato urinário, hipertensão arterial sistêmica, avaliação do risco cardiovascular e o programa falando de diabetes mellitus.

Este módulo busca instrumentalizar médicos e enfermeiros em suas demandas diárias, bem como outros profissionais da equipe, incluindo os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Espera-se que ao final do módulo você seja capaz de:

- Analisar situações comuns na atenção à saúde do adulto.
- Trabalhar com ferramentas clínicas para acompanhar os agravos que afetam a saúde do adulto.
- Analisar a situação do serviço para atender às demandas de saúde do adulto.

Bom estudo!

Seção 1

Quero fazer um *check up*

Essa seção, pelo estudo de um caso clínico, objetiva uma concepção de ava- liação periódica de saúde, procurando incorporá-la no cotidiano das equipes por meio do aconselhamento, do rastreamento, da imunização e da quimioprevenção. São discutidas, em linhas gerais, as bases para o desenvolvimento das atividades essenciais relacionadas ao processo de trabalho da equipe.

Ao final desta seção, espera-se que você seja capaz de:

- Compreender a importância da avaliação periódica para o acompanhamento das condições de saúde do adulto.
- Discutir as ações de aconselhamento e intervenções comportamentais necessárias à melhoria da qualidade de vida do adulto.

> É necessário considerar, ao refletir sobre a prática desenvolvida em relação à saúde do adulto, aspectos culturais, sociais e históricos presentes no ima- ginário coletivo que contribuem com a construção da mentalidade do adulto de procurar a assistência somente quando sente a dor do corpo. Afinal, a saúde é silenciosa – preservá-la implica aprendizagem contínua do autocuidado (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Parte 1

O caso de Alex

O caso de Alex

Dona Mônica chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) para fazer seu controle habitual de hipertensão arterial sistêmica (HAS), acompanhada de seu filho Alex, de 23 anos. Durante o atendimento com o enfermeiro Pedro Henrique, ela aproveita a oportunidade e solicita uma consulta para seu filho – que é cabeleireiro –, já que o mesmo se encontra de folga naquele dia. Alex relata que precisa somente de um check up, pois dentro de alguns meses irá trabalhar nos Estados Unidos, "onde resolver questões de saúde é mais difícil".

Diante da demanda de Alex, Pedro Henrique agenda uma consulta de enfermagem para a próxima semana. O agendamento programado nesta situação é pertinente, adequado aos padrões de acolhimento com classificação de risco, por ser um caso eletivo, não urgente.

Saiba que...
Um dos desafios que a UBS vivencia é o de articular a demanda espontânea (casos agudos e urgências) com a demanda programada (atendimentos eletivos, ações de educação para a saúde, etc.) e outras ações (gerência administrativa, por exemplo). De acordo com Pinheiro e Mattos (2001), a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de apreenderem-se as necessidades de um grupo populacional. Este tema está exposto na Parte 3 – "O trabalho da equipe de saúde da família e a mudança do modelo assistencial", do módulo "Modelo assistencial e atenção básica à saúde" (FARIA, et al., 2008) – e que será mais detalhado, no presente módulo, na seção 2 – "Marina vai à luta".

continuando o caso...

Após o agendamento, Alex agradece a atenção do enfermeiro e despede-se. Na saída ele se encontra com Aline – sua vizinha e Agente Comunitária de Saúde (ACS) da equipe Verde –, com quem comenta sobre o agendamento da consulta e demons- tra desânimo em comparecer à mesma, pois, "afinal queria apenas fazer alguns exames". Aline o aconselha a comparecer à consulta agendada e lhe esclarece que esta será uma oportunidade única para que ele faça um grande investimento em sua saúde.

Na semana seguinte, Alex chega à UBS no horário marcado, é recepcionado pela auxiliar de enfermagem Joana que o cumprimenta cordialmente, solicita-lhe o cartão da UBS e separa o prontuário da família.

Ao acolher Alex, Joana lança mão de uma das estratégias utilizadas pela equipe de saúde para vincular o usuário à UBS, o Cartão SUS. A vinculação do usuário não deve ocorrer apenas em função da divisão geográfica de território (administrativa), mas também da dispensação de atenção ao usuário (vinculação afetiva), fazendo com que este reconheça, na UBS, seu ponto de referência – preferencialmente o primeiro contato com o sistema de atenção à saúde e local para a resolução da maioria dos seus problemas de saúde.

Para saber mais...
Atualmente, o formato do prontuário Saúde da Família tem sido discutido no sentido de conter as informações referentes à família e aos indivíduos que dela fazem parte, buscando articular a história de seus diferentes membros, seus laços consanguíneos (ou não) e afetivos (ou não), contextualizando-os no ambiente em que vivem.
Pretende-se, também, garantir que a informação contida possa colaborar para que os princípios da Atenção Primária à Saúde sejam garantidos: princípio da longitudinalidade (acompanhar o desenvolvimento e as mudanças no estado de saúde de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos), da integralidade (assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população) e da coordenação (disponibilizar informações acerca dos problemas de saúde e dos serviços prestados), além de garantir que a comunicação se efetive entre os membros da equipe multiprofissional, o usuário, sua família e o serviço de saúde.

Para saber mais sobre Prontuário da Saúde da Família consulte <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/prontuarios-de-saude-da-familia/prontuarios-de-saude-da-familia/Manual%20do%20Prontuario%20de%20Saude%20da%20Familia.pdf>. (MINAS GERAIS, 2007)

A entrevista com Alex

O enfermeiro Pedro Henrique realiza o atendimento a Alex e registra os dados no prontuário, os quais se encontram assim sumarizados: trata-se de adulto do sexo masculino, jovem, 23 anos, alto e magro, com a pele bronzeada de sol. Mora com seus pais e dois irmãos na casa da família, no bairro, em ambiente tranquilo. Todos têm renda própria e ajudam nas despesas da casa. Trata-se de uma família aparentemente disfuncional, devido ao provável alcoolismo por parte do pai. Alex tem o ensino médio completo, é cabeleireiro e pretende mudar-se para o exterior. Não apresenta queixas; relata doenças comuns da infância, sem complicações; nega internações pregressas e afirma desconhecer relatos de exames anormais. Sua demanda é por um check up.

Durante a entrevista, Pedro Henrique indagou sobre os hábitos de vida de Alex. A alimentação consiste de lanches rápidos, ricos em carboidratos e gorduras, com consumo regular de refrigerante. A prática de atividade física é irregular. Alex relata que "bebe socialmente", apesar de beber após o trabalho e nos finais de semana. Acha que fuma pouco – em torno de cinco cigarros ao dia – e não usa drogas ilícitas. Aprendeu a dirigir no carro de um amigo e, eventualmente, solicita o veículo emprestado, mesmo sem portar habilitação. Durante as relações sexuais usa camisinha, mas quando ingere bebida alcoólica acaba se esquecendo de usá-la. Alex desconhece seu histórico de vacinação, embora afirme ter o cartão em casa, responsabilizando-se por trazê-lo na próxima consulta.

Veja e leia a parte 1 da seção 7: Check up e Avaliação Periódica de Saúde

O diálogo estabelecido entre o enfermeiro e o usuário, durante a coleta de dados, acontece de forma tranquila e aparentemente informal, porém está repleto de intencionalidade. Possibilita, entre vários aspectos, conhecer os hábitos de vida do usuário, permitindo que Pedro Henrique identifique comportamentos de risco, de forma a levantar subsídios para que o plano de cuidados seja estabelecido.

O exame geral e Alex

Na avaliação de enfermagem feita por Pedro Henrique, não se constata anormalidades no exame de Alex, exceto pela má-higiene dentária. O peso e a estatura encontram-se dentro dos limites de referência, portanto, com índice de massa corpórea (IMC) dentro da normalidade. A pressão arterial é de 120 x 75 mmHg; a frequência de pulso é de 72 ppm. Não foram registradas anormalidades da pele; o esqueleto apresenta-se harmônico.

Índice de Massa Corporal IMC = peso (kg)/altura (m) . Para adultos, normal abaixo de 25.

Problemas e demandas de Alex

Finalizada a consulta de primeiro contato, Pedro Henrique constata que Alex apresenta algumas condições que implicam risco para sua saúde, tais como: hábitos alimentares inadequados, atividade física irregular, consumo frequente de bebida alcoólica, tabagismo, uso irregular de preservativo, histórico de vacinação desconhecido e inabilitação para direção veicular.

Programas de avaliação periódica de saúde (AvPS) para aconselha mentos e intervenções comportamentais

Durante um atendimento cujo objetivo é AvPS, deve-se estar atento aos riscos de saúde do paciente. Na entrevista, recomenda-se pesquisar fatores comportamentais (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hábitos dietéticos, bem como riscos ocupacionais, sociais e familiares), seguido de exame físico orientado para os riscos e história pregressa. É importante que haja interesse e motivação do usuário e disposição do profissional de saúde para que se possa realizar uma boa prática na AvPS.

Porque fazer avaliação periódica de saúde?

Vários tipos de câncer, o diabetes tipo II, as doenças isquêmicas e uma multiplicidade de outras condições mórbidas que ocupam posições de destaque nos perfis de mortalidade e morbidade imprimem sobrecarga expressiva sobre o sistema de atenção à saúde e contabilizam custos exorbitantes para instituições de saúde públicas e privadas. Poderiam, se não evitadas, pelo menos ter suas prevalências e complicações diminuídas mediante ações preventivas, tais como mudanças de comportamento de risco, rastreamento de fatores de risco ou de doenças em fase pré-clínica, prática de imunização ou mesmo estabelecimento de ações de quimioprevenção.

Segundo Woolf (2009), os cenários mais eficazes para prevenção são os contextos da vida diária – o lar, o trabalho e a escola –, em que as pessoas fazem escolhas sobre hábitos de saúde. Ações promotoras de saúde e de caráter preventivo devem, também, constar da agenda de todo profissional de saúde, da UBS saúde e das políticas públicas intersetoriais.

Ainda de acordo com Woolf (2009, p. 73):

> [...] no contexto clínico, os cuidados preventivos envolvem prevenção primária e secundária, mais do que terciária. Prevenção primária refere-se aos esforços sobre pessoas assintomáticas (indivíduos sem sinais ou sintomas da condição-alvo) para prevenir a ocorrência de doença. Exemplos incluem o controle do hábito de fumar ou a imunização. Prevenção secundária refere-se ao rastreamento de pessoas assintomáticas para detecção precoce de doença pré-clínica ou de fatores de risco. Exemplos incluem teste de Papanicolau e medição de lipídeos séricos. Prevenção terciária refere-se aos esforços em pacientes com doença conhecida, a fim de evitar complicações relacionadas. Exemplo pode ser cita-

do em relação ao rastreamento de retinopatia em pacientes com diabetes.

Para Atkins (2009), cada vez mais é reconhecida a importância da prevenção primária e secundária como parte importante da atenção primária à saúde do adulto. Embora ações envolvendo cuidados preventivos possam ser oferecidas como parte do atendimento clínico habitual, a avaliação periódica focalizando a prevenção aumenta sobremaneira a aplicação de rastreamento apropriado e aconselhamento sobre estilo de vida.

Não se esqueça que...
Alguns fatores de risco são responsáveis por grande parte dos anos potenciais de vida perdidos, - pressão alta, fumo, baixo peso, excesso de peso, níveis inadequados de colesterol sérico e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores podem ser amenizados com mudanças comportamentais. Lidar com a tendência mundial acerca do aumento das doenças crônico-degenerativas na população adulta é um dos desafios que estão sendo enfrentados nas UBS e é neste espaço que há possibilidade de se encontrar com essa faixa populacional antes do adoecimento (DUNCAN, 2004a).

A atenção à saúde dos usuários pressupõe ações que envolvem o contexto comunitário, o familiar e o individual. Políticas, estratégias e ações voltadas para o bem-estar público, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos são de fundamental importância para a saúde da população e pertencem ao âmbito das práticas coletivas. Esse conjunto de ações extrapola o agir das unidades de saúde, bem como do setor saúde e toma uma dimensão intersetorial, razão pela qual requer esforços conjuntos e ações articuladas.

De outra forma, a abordagem de famílias – quaisquer que sejam suas configurações ou a situação de risco – requer atenção das políticas públicas e, ao mesmo tempo, das unidades de saúde.

Do ponto de vista da abordagem individual, conforme expresso neste texto, é de fundamental importância que as unidades de saúde incorporem a avaliação periódica de saúde (AvPS) no âmbito de suas práticas cotidianas, entendidas como oportunidade na dispensação do cuidado ao usuário. Neste sentido, a AvPS deve contemplar as ações de aconselhamento, rastreamento, imunização e quimioprevenção, sempre se levando em conta o sexo, a idade e os fatores de risco a que estão submetidos os usuários e, de forma importante, o balanço entre riscos e benefícios de tais práticas.

Se você ainda não leu, leia agora a parte 1 da seção 7: *Check up* e avaliação periódica de saúde

Para saber mais...

Para recomendações preventivas mais sistematizadas, baseadas em evidências e em benefícios que superam substancialmente os riscos, você poderá obter mais informações acessando: <http://preventiveservices.ahrq.gov> (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, s.d.), ou <http://www.canadiantaskforce.ca> (CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, s.d.).

Parte 2

Ações de aconselhamento: Como atuar e obter mudanças comportamentais?

De acordo com Atkins (2009), fatores ligados ao estilo de vida - tabagismo, abuso de álcool, dieta, falta de atividade física e outros comportamentos de risco - contribuem para grande proporção de óbitos evitáveis. A literatura demonstra que intervenções de natureza comportamental são capazes de promover mudanças sobre hábitos de risco, com resultados mensuráveis satisfatórios. Contudo, tais práticas, quando se referem a intervenções breves, são efetivas somente no que se refere ao controle do tabagismo e redução de problemas relacionados ao álcool. A indução de mudanças sobre outros comportamentos requer intervenções mais intensivas e duradouras.

Para seu aprendizado e reflexão

Sobre as possibilidades das intervenções comportamentais recomenda-se a seguinte leitura: **Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a Entrevista Motivacional** (DIAS e PEREIRA, 2009).

Para que sua equipe possa elaborar programas de intervenções sobre comportamentos-problema, é de fundamental importância que todos os membros da equipe estejam preparados para tais abordagens e que tais ações estejam apoiadas em protocolos muito bem construídos. Para mais detalhes, consulte **Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço** (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2008).

Os principais programas de aconselhamento e intervenção comportamental, como os estabelecidos pela Equipe Verde (Quadro 1), aplicam-se, regra geral, à maioria dos programas de AvPS, pautados por evidências científicas e por critérios técnico-político-financeiros.

Quadro 1. Programas de aconselhamento e intervenção comportamental

FOCO	POPULAÇÃO
Alimentação não saudável	Todos
Sedentarismo	Todos
Problemas relacionados ao álcool ou drogas	Usuários de álcool e/ou outras drogas
Tabagismo	Tabagistas
Risco de trauma	Todos
Higiene bucal	Todos
Proteção da pele	Todos
Atividade sexual	Todos

Um plano de cuidados para Alex

O enfermeiro Pedro Henrique reconhece a multiplicidade de cuidados a serem dispensados a Alex, um adulto jovem. Tomando por referência o Programa de AvPS da Unidade de Saúde da Família de Vila Formosa 1, Pedro Henrique estrutura sua abordagem a partir do aconselhamento e das intervenções comportamentais. Pedro Henrique tem clareza de que não é indicado enfocar todos os elementos essenciais para a adoção de hábitos saudáveis em um único encontro. Com base nas informações colhidas na entrevista, Pedro Henrique elaborou um plano de cuidados para Alex, definindo as prioridades e um cronograma de abordagem, tomando por objetivo a instituição de hábitos saudáveis, para mudanças de atitude que fazem a diferença em saúde.

Essas ações devem estar incorporadas na prática dos profissionais da equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para sensibilizar, orientar e acompanhar indivíduos, famílias e comunidades quanto aos benefícios de se manterem e/ou adquirirem hábitos saudáveis.

Ações de aconselhamento e intervenção comportamental:

Programa de atividade física

Para atuação no "sedentarismo" a ação "programa de atividade física regular" deve ser aconselhada e estimulada, com a participação, preferencialmente, de profissional do NASF. Mais esclarecimentos para a equipe podem ser obtidos com a leitura do módulo "Educação Física: atenção ao adulto" (BORGES, 2011).

Lembre-se disto...

Hábitos saudáveis se constituem em um conjunto de atitudes que, somadas, trarão benefícios ao indivíduo mesmo quando adotadas de forma não plena, mas com tendência à incorporação definitiva ao longo da vida. É importante considerar que mudar radicalmente hábitos de vida é algo de difícil alcance. Trabalhar na perspectiva de reduzir riscos, intermediando mudança a médio ou longo prazo é uma forma de amenizar futuros problemas de saúde.

Veja e leia: seção 7, parte 2 - Programa de atividade física

Ações de aconselhamento e intervenção comportamental: programa de alimentação saudável

Para atuação na "alimentação não saudável", essa ação deve ser implantada, na linha do aconselhamento e intervenção, também preferencialmente com a participação de profissional do NASF.

A Equipe Verde, tomando como referência os aspectos epidemiológicos relacionados à saúde do adulto, está ciente de que as transições demográfica, epidemiológica e nutricional têm como uma de suas mais importantes consequências o crescimento relativo e absoluto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes. As DCNTs têm etiologias multifatoriais e compartilham vários fatores de riscos modificáveis em comum, tais como o tabagismo, a inatividade física e a alimentação inadequada, com todos os seus cortejos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos.

De acordo com Barreto et al. (2005, p. 41):

> [...] projeções para as próximas décadas indicam crescimento epidêmico das DCNT na maioria dos países em desenvolvimento, particularmente das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Os principais determinantes desse crescimento são: a) aumento na intensidade e frequência de exposição aos principais fatores de risco para essas doenças; b) mudança na pirâmide demográfica, com número mais alto de pessoas alcançando as idades nas quais essas doenças se manifestam com mais frequência; e c) aumento da longevidade, com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco e mais probabilidade de manifestação clínica das doenças cardiovasculares.

Para o desenvolvimento de doenças crônicas, há um conjunto de evidências científicas a demonstrar que fatores ligados à alimentação estão envolvidos com o desenvolvimento de obesidade, diabetes mellitus (DM) tipo 2, doença cardiovascular, câncer, doenças da cavidade bucal e osteoporose. São exemplos dessas associações:

- O consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético e o risco de desenvolvimento de doença coronariana, isquemia e outras doenças cardiovasculares;

Para saber mais...

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram-se a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNTs são a principal fonte da carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbimortalidade causada pelas DCNTs é maior na população mais pobre. Apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNTs ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, em conjunto com a implementação bem-sucedida de políticas de saúde que levaram à redução do tabagismo e à expansão do acesso à atenção básica em saúde. No entanto, é importante notar que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, paralelamente à prevalência de excesso de peso; esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física (SCHMIDT et al., 2011).

• o alto consumo de gorduras totais e saturadas e o aumento no risco de alguns tipos de câncer, como os de intestino, reto, mama, endométrio e próstata;

• o baixo consumo de frutas e hortaliças e o risco de doenças isquêmicas, cérebro-vasculares e cânceres gastrointestinais (BRASIL, 2006).

Para fazer frente a esse grave problema de saúde pública – responsável por grande parte da demanda dos problemas crônicos assistidos, a Equipe Verde assumiu como um de seus programas mais importantes as práticas orientadas para uma alimentação saudável. Esse programa se apoia no conhecimento, por parte da equipe, da importância da observância de uma dieta saudável. Estratégias de enfrentamento para qualquer hábito não saudável apoiam-se em ações no nível individual, mas tomam caráter aditivo amplamente benéfico se são conjugadas com ações no âmbito familiar e comunitário.

Veja e leia: seção 7, parte 3 - Programa de alimentação saudável

Ações de aconselhamento e intervenção comportamental: programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

A Equipe Verde, após sucessivas reuniões em que se propôs a discutir, negociar e elaborar seus programas de prevenção e aconselhamento, considerou os problemas relacionados ao alcoolismo um programa prioritário e alvo de cuidados por parte de todos os seus profissionais.

Para que todas essas ações possam ser levadas a efeito e com sucesso, uma vez mais a Equipe Verde faz questão de rever no "dicionário" da equipe os termos mais utilizados e que possam facilitar a comunicação e o entendimento entre os profissionais de saúde: abstinência, alucinógeno, compulsão, desintoxicação, dependência química, física e psíquica, drogas psicoativas, euforizantes, psicotrópicos, reabilitação psicossocial, efeito rebote, recaída, tolerância, uso abusivo, uso nocivo, vício (APÊNDICE A – Glossário).

Para investigar o consumo de álcool, os profissionais da Equipe Verde assumem indagar a todo usuário, durante sua AvPS, sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Esse processo é conduzido com bastante naturalidade, à maneira como se indaga sobre hábitos alimentares, atividades físicas, etc. Uma vez confirmado o consumo de álcool, os profissionais buscarão identificar o padrão de consumo e as possibilidades de aconselhamento e intervenção.

Vale ressaltar que a participação do psicólogo do NASF nessa abordagem é de grande valia, considerando-se a interdisciplinaridade no cuidar.

Para saber mais...

Buscando ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a articulação intersetorial – uma das estratégias para a Promoção da Saúde descrita na Política Nacional de Promoção da Saúde – tem como objetivos promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Informe-se sobre este assunto em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf> (BRASIL, 2006)

Veja e leia: seção 7, parte 4 □ Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

Outros programas de prevenção e aconselhamento

Além dos programas de prevenção e aconselhamento abordados nesta seção, a Equipe Verde conta com outros programas que se encontram detalhados em outros módulos. Para criar o protocolo de sua equipe em relação a esses programas, consulte-os.

Parte 3

Ações de rastreamento (*screening tests*)

Conforme salientado no início desta seção, testes de rastreamento (screening tests) são indicados para detecção precoce de doenças em fase pré-clínica ou de fatores de risco. Contudo, a recomendação de rastreamento implica não somente benefícios para o usuário, mas também, e de forma importante, riscos. Neste sentido, profissionais de saúde, instituições e agências reguladoras precisam ter em conta que a indicação de testes de rastreamento, visando à detecção precoce de doença, pressupõe:

- A possibilidade – uma vez confirmada a doença – de que o tratamento altere significativamente a qualidade e a extensão de vida do paciente;
- a disponibilidade de métodos de tratamento aceitáveis;
- vantagens na detecção da doença no período assintomático sobre o sintomático, em termos de morbidade e mortalidade;
- que o teste tenha custo razoável para o paciente;
- que o teste tenha sensibilidade e especificidade as mais elevadas possíveis;
- que a frequência do problema seja alta o suficiente para justificar o seu rastreamento.

Aspecto importante frente ao resultado de um teste de rastreamento, particularmente quando se tratar de teste diagnóstico, é o seu resultado. O profissional de saúde, ao solicitar um teste, deve estar atento aos resultados positivos e negativos verdadeiros, mas e também de forma importante aos falso-positivos. Conhecer a sensibilidade e especificidade do teste, bem como seus valores preditivos, é da maior relevância.

O número de testes e de condições passíveis de rastreamento a serem aplicados na população geral e que apresentam efeitos benéficos é relativamente baixo. Recomendações para rastreamentos devem estar pautadas por critérios baseados em evidências e submetidas à avaliação técnico-financeira do município. A razão para tal se deve ao fato de que muitas vezes os rastreamentos são realizados de forma aleatória, não obe-

decendo a protocolos consensuados com o município e, muitas vezes, incorre-se no risco da banalização do exame, deixando-se de atender aos critérios de indicação para o mesmo. Ainda, e de forma importante, rastreamentos, regra geral, são ações a serem aplicadas à população geral, perdendo totalmente seu valor quando os critérios para sua indicação passam a não ser mais considerados.

Outro aspecto de grande relevância é o que se refere aos rastreamentos que são pautados por perfis de risco, como, por exemplo, o risco cardiovascular. Obviamente, em condições de excepcionalidade, que devem ser criteriosamente avaliadas, rastreamentos podem estar indicados quando se tratar de populações de alto risco.

Vale ressaltar que muitas das recomendações para rastreamentos procedem de estudos levados a cabo por sociedades americanas, canadenses e ou europeias; tais estudos jogam com realidades diferentes, tanto do ponto de vista populacional quanto financeiro.

Sobre rastreamento...

Detectar precocemente uma doença (rastreamento, screening) significa diagnosticá-la em seu estágio pré-clínico, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma ou sinal no exame clínico. Os exames utilizados na detecção precoce de determinado tipo de doença em geral não fazem seu diagnóstico, mas selecionam pessoas com mais probabilidade de tê-la para realizarem exames mais específicos (DUNCAN, 2004).

Frente ao cenário em que vive uma comunidade, por exemplo, o município de Curupira, a Equipe Verde busca tomar como referência para suas ações de rastreamentos o protocolo anexo (Quadro 2). Este deverá ser alvo de discussão entre todas as equipes do município e o gestor de saúde, para que uma pactuação possa ser assumida.

O Programa de Educação Permanente da Equipe Verde tem para si, de forma muito clara, que ações envolvendo rastreamentos requerem sistemático acompanhamento da literatura, para que possam sofrer atualizações contínuas.

Quadro 2. Recomendações para ações de rastreamento em adultos

Recomendações	População-alvo, por idade
Exame físico	
Aferição da pressão arterial a cada 1 a 2 anos	18 anos ou mais
Exames complementares	
Colesterol total, a cada 3 a 5 anos	Homens 55 anos ou mais e mulheres 45 anos ou mais; mais cedo se fatores de risco ***(1)***.
Glicemia de jejum, a cada 3 a 5 anos	45 anos ou mais; mais cedo se fatores de risco ***(2)***.
Mamografia (com ou sem exame clínico da mama), a cada 1 a 2 anos	Mulheres de 40 a 70 anos ou mais cedo, se de alto risco ***(3)***.
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (anualmente) e sigmoidoscopia ou enema baritado, a cada 3 a 5 anos e colonoscopia, a cada 10 anos	Homens e mulheres de 50 anos ou mais cedo, se de alto risco ***(4)***.
Exame Anti-HIV	População de 13 a 65 anos e indivíduos de alto risco ***(5)***.
Exame clínico da próstata – toque retal –, antígeno prostático específico (PSA) total e livre	Homens de 50 anos ou mais ***(6)***.
Papanicolaou pelo menos a cada três anos, após dois exames anuais normais	Mulheres com colo uterino e vida sexual ativa ou maiores de 18 anos, até 65 anos***(7)***.

Fonte: adaptado de Duncan (2004) e Cecil (2008).

(1) A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) recomenda dosar o CT total e a lipoproteína de alta densidade (HDL) regularmente, enquanto o Programa Nacional de Educação sobre o Colesterol recomenda dosagem a partir dos 20 anos.
(2) O rastreamento rotineiro de diabetes é recomendado por vários grupos, baseados em estudos que buscaram detectar lesões, em estágios precoces; porém, não é indicado pela USPSTF.
(3) Para mais detalhes, consultar o módulo Saúde da Mulher.
(4) A escolha dever considerar os recursos locais e as preferências.
(5) Para reduzir os estimados 25% dos indivíduos infectados que não se sabem serem portadores do vírus HIV, recomenda-se pelo menos uma testagem e, em caso de alto risco, testagens anuais.
(6) O rastreamento pode aumentar a detecção precoce de câncer de próstata restrito a esse órgão, mas não existe prova de que o rastreamento seja capaz de reduzir a morbidade ou mortalidade pela doença, razão pela qual a USPSTF não faz recomendação contra ou a favor do rastreamento regular. Ao contrário, a *American Cancer Society* e outros grupos recomendam oferecer o PSA a todo homem que tenha expectativa de vida de no mínimo 10 anos, após discutir sobre benefícios e riscos potenciais.
(7) Para mais detalhes, consultar o módulo Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2009).

Para saber mais...

Procure se informar sobre "Rastreamento" no Caderno de Atenção Primária nº 29, MS/2010, em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf> (BRASIL, 2010)

Para pensar: realizar ou não exame de rastreamento...
O ponto de partida para a decisão sobre realizar ou não aconselhamento de saúde e solicitar ou não exame de rastreamento é uma análise rigorosa da evidência disponível sobre o potencial benefício dessas intervenções. Os parâmetros usados nesse julgamento distinguem-se daqueles para o tratamento de enfermidades já estabelecidas, porque intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças são realizadas em pessoas assintomáticas ou, ao menos, sem sintoma da doença a ser prevenida. Portanto, essas ações necessitam de embasamento científico consistente, que assegure mais benefício do que risco e não onere, desnecessariamente, o paciente ou o sistema de saúde (DUNCAN, 2004).

Parte 4

Ações de imunização

> A imunização, como uma forma de prevenção primária, figura entre as intervenções clinicamente mais eficazes disponíveis na atenção à saúde, constituindo-se em uma das melhores formas de relação custo-efetividade para prevenir morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e para reduzir os custos com atenção à saúde (ORESTEIN, 2009, p.89).

Como ocorre em relação a todos os programas preventivos e de aconselhamento, a Equipe Verde incluiu termos importantes sobre o Programa de Vacinação ao glossário da equipe. Todos os profissionais têm consciência de que a utilização correta dos termos possibilita adequada comunicação, além de minimizar eventuais erros por parte deles.

Veja APÊNDICE A – Glossário □Termos importantes na Atenção Primária à Saúde do Adulto

Ciente da importância do Programa de Vacinação – uma ação preventiva dirigida a todas as etapas do ciclo de vida humana –, a Equipe Verde, após sucessivas reuniões de seu Programa de Educação Permanente, assim listou os princípios mais importantes a serem observados pelos profissionais envolvidos com a vacinação. São eles:

1. Conservação de vacinas (manuseio, armazenamento e transporte) – desde sua origem, no laboratório, até sua aplicação na UBS, as vacinas necessitam atender às recomendações para manuseio, armazenamento e transporte, sem o qual as mesmas podem perder sua eficácia, fazendo com que seus efeitos não sejam alcançados.

2. Sala de vacina – a sala de vacina é uma exigência da vigilância sanitária para toda e qualquer UBS. Para tanto, requer o atendimento a princípios rigorosos, para que haja conservação adequada das vacinas.

3. Estado imune desconhecido ou duvidoso/não assegurado – todos os usuários da UBS necessitam ter seu estado imune conhecido em relação às vacinas aplicadas na UBS e até mesmo fora dela. Na maioria das vezes, esse conhecimento se dará mediante apresentação do cartão ou por meio de informações confiáveis.

4. Cartão de vacina – é documento pessoal, do qual consta o histórico de vacinação do indivíduo, contendo as vacinas, data em que foram ministradas e, eventualmente, agendamentos, cumpridos ou não.

5. Calendário vacinal – o Ministério da Saúde, a partir do Programa Nacional de Imunização (PNI), estabelece um esquema vacinal para todas as faixas etárias da população brasileira. Salvo normas técnicas aprovadas no município, esta é a referência para a atenção básica no país.

6. Atraso no esquema – interrupção no atendimento ao esquema vacinal de um indivíduo não implica ter que reiniciar toda a série. Frente aos esquemas incompletos, basta somente completá-los. A vacinação ou revacinação de uma pessoa já imune não apresenta outros riscos além dos inerentes à vacinação.

7. Administração múltiplo-simultânea – a maioria das vacinas pode ser aplicada simultaneamente, em locais diversos, sem que isto implique aumento de reações adversas ou diminuição de sua eficácia. Existem poucas exceções a essa regra e isto deve ser de conhecimento da equipe, atentando-se, inclusive, para aplicação de teste tuberculínico.

8. Combinações de vacina – tendência cada vez mais frequente à disponibilização, seja nas UBS ou em clínicas privadas, de vacinas combinadas. Tais vacinas são consideradas seguras e eficazes, não apresentando efeitos adversos ampliados quando comparados com as vacinas não conjugadas.

9. Vias de administração – todo imunobiológico tem uma via e um local preferencial de administração. Além disso, existe um conjunto de normas técnicas para nortear a aplicação das vacinas.

10. Reações adversas – admite-se que não exista vacina completamente segura ou totalmente efetiva. Hipersensibilidade a componentes da vacina – tais como proteínas animais, antibióticos, preservantes e estabilizadores – pode provocar reações locais e sistêmicas: dor local, edema, eritema, indução, febre, adenomegalias, etc., que variam de leves a graves (raras).

11. Contra indicações e precauções – infecções agudas febris, moderadas a graves, reações anafiláticas ou alergia importante aos componentes da vacina – tais como alergia a ovo ou a antibiótico – e eventuais efeitos adversos graves após doses prévias constituem-se nas contraindicações

mais comuns à vacinação. Indivíduo com comprometimento do sistema imunológico e gestantes não devem receber vacinas de microrganismos vivos atenuados. Considera-se a infecção por HIV como um caso à parte. Considera-se a infecção por HIV como um caso a parte.

12. Situações especiais – uma série de condições clínicas, de caráter ocupacional ou de risco, tais como profissionais de saúde, pacientes esplenectomizados, idosos, viajantes, etc., orienta para a realização de determinados esquemas vacinais que devem ser de conhecimento da UBS.

Um programa de vacinação para adultos depende da idade, do estilo de vida, da ocupação e de condições médicas. Neste sentido, dois esquemas de imunização estão disponíveis, um baseado no grupo etário e um baseado no risco subjacente (ORENSTEIN, 2009). Em atendimento às recomendações do Programa Nacional de Imunização (PNI), a Equipe Verde tem obedecido às recomendações governamentais, cuidando, periodicamente, de avaliar as atua- lizações.

Veja o Calendário de Vacinações do Adulto e do Idoso (BRASIL, 2010), disponível em; <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464>

Uma multiplicidade de situações pode acarretar demandas apresentadas à UBS, como dispensadora de cuidados primários, mas que deverá, de outra forma, implicar a continuidade dos cuidados em outros pontos de atenção do sistema. Tais condições envolvendo imunoprevenção podem se referir a indicações de soros, de imunoglobulinas ou até mesmo de vacinas utilizadas em situações especiais.

Nestas situações, a UBS deverá estar preparada para fazer o referenciamento adequado ou mesmo para consultar os órgãos públicos indicados.

Para saber mais...

Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE).
No Brasil, há duas referências importantes sobre imunização e imunobiológicos. Caso você se interesse em aprofundar seus conhecimentos nesta área, busque informações sobre o PNI em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448> (BRASIL, 2010) e sobre os CRIEs em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf>.

Parte 5

Quimioprevenção

Indicação de uso regular de ácido acetilsalicílico – para reduzir o risco de infarto agudo do miocárdio em homens e de acidente vascular cerebral isquêmico em mulheres –; de reposição hormonal pós-menopausa – para reduzir o risco de fratura e os sintomas menopáusicos perturbadores; e o possível uso de quimioprevenção – para reduzir a incidência de câncer mamário invasivo em mulheres com risco aumentado; o uso de cálcio para a prevenção da osteoporose são situações que, se possível, devem contar com o auxílio de um profissional especialista, levando em conta os riscos e os benefícios de forma que as decisões busquem a melhor alternativa possível, após discussão franca entre o profissional de saúde e o paciente.

Finalmente, há que se ressaltar que na literatura não há evidências de benefícios com a suplementação rotineira de vitamínicos em pessoas com bons hábitos alimentares e de estilo de vida.

Atividade 1

(a) Agora que você tem conhecimento sobre os princípios que devem reger os protocolos da Equipe Verde para os programas de aconselhamento, rastreamento e imunização, escolha uma destas atividades e apresente como o processo de trabalho está organizado pela equipe de saúde. Caso não tenha uma proposta sistematizada, cons- trua em conjunto com a equipe e apresente.
Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os ou- tros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

(b) Para facilitar a compreensão do processo saúde-doença da comunidade é necessário conhecer os processos sociais, seus efeitos e detectar esses determinantes na saúde das pessoas.
Faça uma análise da situação de saúde/doença de homens e mulheres adultos de sua área de abrangência.

Você tem ideia de...
-Como os homens e mulheres vivem, adoecem e morrem na sua área de abrangência?
-Quais os problemas de saúde mais comuns que os acometem e seus determinantes?
-Como esses problemas são enfrentados pelas famílias?
-Como as pessoas se organizam para conseguir resolver os problemas da comunidade?
-Quais os recursos de que a comunidade dispõe para atender às pessoas doentes além da ESF?

Com base nesses dados levantados, faça uma análise reflexiva sobre as condições de saúde/doença dessas pessoas. Identifique as ações de saúde realizadas pela equipe para atender ao indivíduo adulto no sentido de minimizar os problemas relacionados ao processo de adoecer e morrer dos homens e mulheres de seu território e quais as possíveis intervenções que a ESF poderia fazer.

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os ou- tros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 2

“Marina vai à luta”

Essa seção objetiva, por meio da apresentação e discussão de um caso clínico de infecção do trato urinário, o estudo da organização da demanda programada e espontânea, pela classificação de risco, e principais abordagens nos casos de oferta, solicitação e orientação em relação à testagem para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Ao fim desta seção, espera-se que você seja capaz de:

- Argumentar a importância da organização da assistência à saúde dos usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde por meio da demanda espontânea e da demanda programada.

- Discutir a organização do processo de trabalho para atender à demanda espontânea e à programada.

- Analisar a importância do acolhimento com classificação de risco como uma estratégia de organização da assistência a ser apresentada aos usuários.

- Discutir as condutas adotadas no caso clínico estudado.

Parte 1

O caso de Marina

Trata-se de Marina, que procura a Equipe Verde, sendo acolhida por Pedro Henrique (enfermeiro). Pedro Henrique presta-lhe acolhimento, buscando ouvi-la quanto às suas demandas. Marina relata que há aproximadamente 24 horas apresentou dor para urinar, urgência miccional, aumento da frequência urinária e diminuição do volume por micção. Informa não ter dormido bem à noite e que não conseguiu trabalhar, em função do desconforto na parte baixa do abdome e por apresentar-se nauseada.

Embora Marina não tenha consulta agendada, Pedro Henrique reconhece a necessidade da demanda espontânea e, em função do quadro apresentado, procede ao atendimento de enfermagem e verifica os dados vitais de Marina, que se encontram estáveis, com temperatura axilar = 37,5°C.

Em síntese...

O enfermeiro Pedro Henrique reconhece a necessidade de organizar a agenda da Equipe Verde. Para tanto, não somente ele, como toda a equipe, vem trabalhando com a concepção de demanda espontânea e demanda programada, o que tem contribuído, e muito, para disciplinar o acesso, o acolhimento, o atendimento e a resolubilidade por parte da Equipe Verde.

Parte 2

Demanda programada X demanda espontânea: uma questão nevrálgica na organização da atenção

Demanda programada x demanda espontânea: uma questão nevrálgica na organização da atenção

As formas de acesso do usuário na UBS podem se dar a partir da demanda espontânea ou de demanda programada. A demanda espontânea caracteriza-se por situações em que não há agendamento prévio da consulta, podendo se referir a um atendimento de emergência, urgência ou mesmo a uma solicitação por atendimento que não se caracteriza como essas situações.

Quando a busca por atenção em uma UBS envolve uma queixa/problema agudo, o usuário deverá ser acolhido de imediato, de forma que se possa estabelecer uma avaliação objetiva com vistas a identificar ou excluir sinais/sintomas que denotem gravidade. Essa avaliação possibilitará à equipe definir pelo atendimento imediato, agendar uma consulta programada ou encaminhar para algum setor na própria unidade ou para outro ponto de atenção.

Para que essa avaliação possa se dar de forma sistemática, objetiva e eficiente, organizando a demanda e atentando-se para que não haja prejuízo ou agravamento das condições daqueles que requerem atenção imediata, é que se propõe a classificação de risco.

O enfermeiro toma uma decisão

Pedro Henrique abre um prontuário para Marina, após identificação da família com quem ela mora. Como se trata de um caso agudo e após ter feito a classificação do caso, o enfermeiro agenda consulta com Renata (médica), que atende Marina cerca de uma hora após ela ter chegado à unidade.

Parte 3

Classificação de risco: orientando a prestação do cuidado

Classificação de risco: orientando a prestação do cuidado

Veja como o enfermeiro foi eficiente no encaminhamento do caso. Para tanto, ele se apoiou em um protocolo de classificação de risco que não se baseia em classificação por diagnóstico, mas por sinal e/ou sintoma.

Trabalhar com classificação de risco permite à Equipe Verde identificar critérios de gravidade em relação aos atendimentos, ao mesmo tempo em que orienta a prestação do cuidado necessário.

O que é classificação de risco?

Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Com base em critérios de classificação, os casos podem ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico que precisa ser de domínio de profissionais da equipe que estejam plenamente capacitados para esta tarefa. Aplicada a classificação de risco, o profissional definirá pelo atendimento imediato ou pela consulta agendada/programada.

Nos casos em que se configura o atendimento imediato, o usuário poderá vir a receber tratamento definitivo, sintomático, permanecer em observação, ser encaminhado para internação ou para outro serviço de referência.

Para que o atendimento prestado pelo profissional capacitado – médico ou enfermeiro – seja eficaz, a equipe deverá dispor de recursos materiais, medicamentos, suporte para transferência segura – SAMU ou transporte sanitário – e de um ponto de atenção secundária ou terciária, caso haja necessidade de encaminhamento.

Segundo o Guia de Acolhimento e Classificação de Risco do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008), são objetivos da classificação de risco:

- Humanizar e personalizar o atendimento.
- Avaliar o usuário logo na sua chegada, com o intuito de identificar a gravidade do caso.
- Estabelecer a prioridade de atendimento do usuário de acordo com a gravidade do caso.
- Determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso.
- Prestar informações adequadas ao usuário/familiares (MINAS GERAIS, 2008).

Marina é atendida pela médica...

A médica registra em seu prontuário: Marina L.P.; 25 anos; natural de BH, MG; técnica em informática. Namora há quase três anos, tendo ficado noiva há um ano. Tem previsão de se casar no final do ano, com um rapaz de 32 anos, divorciado, técnico em eletrônica e que tem dois filhos, de sete e cinco anos. Reside na casa dos tios maternos.

Marina confirma suas queixas urinárias e informa que já teve outros quadros semelhantes. Nessas situações, não trata mais com médicos, fazendo uso de sulfatrimetoprim, medicamento genérico, comprado nas farmácias. Acredita que as mesmas são decorrentes de atividade sexual, embora tenha tido alguns episódios na infância. Fez uso do medicamento, pela última vez, há aproximadamente um ano, para tratar quadro semelhante. Desconhece história de infecções do trato urinário (ITU) recorrentes em familiares próximos.

Declara que quer aproveitar para realizar exames e receber orientações sobre como evitar gravidez, já que não quer ter filhos imediatamente, pois deseja terminar seu curso de Pedagogia, que cursa à noite.

O casal não usa preservativos (sic) – afinal, confia no companheiro com quem vai se casar – fazendo uso de tabela para evitar gravidez.

O exame clínico de Marina...

A médica procede à realização do exame físico de Marina, percebendo-a febril, com temperatura axilar (Tax) de 37,8°C, corada, hidratada, em bom estado geral. Demais dados vitais estão dentro da normalidade, PA= 115 x 75 mmHg. O exame do tórax e dos membros não mostra alterações. O exame do abdome revela peristaltismo presente; leve desconforto à palpação profunda em hipogástrio; sem visceromegalias.

O sinal de Giordano apresenta-se negativo, bilateralmente.

A médica registra a anamnese e o exame no prontuário e lista as situações/problemas e hipóteses para o caso de Marina, como:

1- Adulta jovem, noiva, preparando-se para o casamento, sexualmente ativa, não usa métodos de proteção/contraceptivo.
2- Infecção urinária? Baixa? Alta?
3- Fator de predisposição para ITU?
4- Uso recorrente de sulfametoxazol-trimetoprim

Dra. Renata solicita exame de urina tipo I (rotina), prescreve um antitérmico e analgésico e agenda retorno para o mesmo dia.

Sinal de Giordano – realizar a percussão do tórax sobre os últimos arcos costais utilizando o punho.

Veja e leia a parte 6 da seção 7: Quadro clínico de infecção do trato urinário

Abordagem da família...

Embora no primeiro atendimento prestado à Marina pela médica esta não tenha aprofundado na investigação sobre a família da usuária nem de seu companheiro, essa abordagem será retomada por ocasião do trabalho da equipe no Grupo "Vida a Dois".

Revisão periódica: quando, por que e para quê?

Percebam que a atenção à Marina está focada, até este momento, em sua condição aguda – ainda que a médica já tenha feito alguma investigação a respeito da família, do relacionamento afetivo e dos projetos de Marina.

Como se trata do primeiro contato de Marina com a UBS, certamente, em momento posterior, será feita avaliação sistemática da condição de saúde de Marina.

Completando a atenção à Marina...

Marina retorna à técnica de enfermagem que a orienta quanto aos exames solicitados e à coleta de urina. Marina se dirige à farmácia, sendo orientada quanto ao uso correto da medicação, iniciando, na Unidade, o uso do antitérmico e analgésico.

Retorno às 15h...

Marina retorna sem alterações no quadro clínico, apresentando-se afebril. Os exames são compatíveis com infecção urinária, não havendo presença de cilindros leucocitários. A médica prescreve-lhe antibiótico – fluorquinolona – por três dias. Informa Marina sobre seu quadro e discute sobre as possíveis causas. Orienta-lhe quanto à hidratação e eventuais complicações do quadro apresentado. Agenda retorno para o dia seguinte, às 10h, e expede-lhe um atestado de afastamento do trabalho por três dias.

O caso clínico é informado ao enfermeiro, Pedro Henrique, que realiza anotação na planilha de agudos.

Infecção do trato urinário: um modelo de atenção ao usuário com condição aguda

A ITU é uma das condições clínicas mais frequentes na prática da atenção primária. Tendo sido reconhecida com uma condição aguda, Marina foi

encaminhada para o atendimento, em escala de prioridade. Essa decisão possibilitou não somente o atendimento no mesmo dia, como também foi capaz de possibilitar a indicação do tratamento de forma imediata.

Veja e leia a parte 6 da seção 7: Quadro clínico de infecção do trato urinário

Acompanhamento de agudos/observação: aplicando o princípio de continuidade do cuidado

Um dos princípios fundamentais da atenção primária à saúde é o que se refere à continuidade do cuidado. Em relação ao caso de Marina, não basta apenas prestar o atendimento imediato e orientar o tratamento. É preciso que se adote um sistema de monitoramento para acompanhamento da evolução, de forma que indícios de melhora ou de agravamento da condição clínica possam ser detectados.

No caso de Marina, a Equipe Verde dispõe de um Protocolo de observação/ acompanhamento de todos os casos agudos que aportem à Unidade. Esse protocolo é importante porque possibilita ações por parte da equipe, como as referidas a seguir.

No dia seguinte...

Marina não comparece à UBS no período da manhã. No período da tarde o ACS se dirige à casa de Marina, encontrando-a acamada, sob cobertas. O ACS retorna à Unidade e comunica o caso ao enfermeiro, que decide fazer uma visita à Marina.

Pedro Henrique encontra Marina desidratada moderadamente, ligeiramente taquipneica e taquicárdica, com PA= 110 x 70 mmHg e tax= 38,3ºC. Pedro Henrique comunica o caso à médica que, após examinar Marina, decide por interná-la.

Na UBS, o enfermeiro faz as anotações pertinentes no prontuário e, em seguida, a médica preenche uma guia de internação, que se faz acompanhar de um relatório sucinto sobre a história clínica de Marina. Em seguida, o enfermeiro realiza contato com a Central de Leitos, que disponibiliza uma vaga para Marina. O enfermeiro aciona o transporte sanitário, que conduz Marina junto com a auxiliar de enfermagem ao hospital.

O cuidado dispensado por uma equipe...

O trabalho realizado pelo ACS, seguido pela visita de Pedro Henrique e fina- lizado pela discussão entre enfermeiro e médica, demonstra outro princípio importante da atenção primária: o trabalho em equipe. Não se trata, aqui, de um processo que envolve transferência de responsabilidades de um profissional a outro; mas, antes, um realizar de ações em que cada ato se torna consequente na ação seguinte, contribuindo para promover a eficácia e a eficiência do cuidado dispensado.

Outro aspecto caracterizador da continuidade do cuidado é o que se expressa, aqui, pela preocupação da equipe com o prontuário de Marina, com o relatório que é encaminhado junto com a guia de internação e, também, com o acompanhamento prestado pela auxiliar de enfermagem à Marina.

Vale acrescentar que, sob determinadas circunstâncias, algumas vezes é de grande valia para o paciente – em função dos intercâmbios entre equipes da UBS e do hospital – o acompanhamento do mesmo durante o período de internação. Tal acompanhamento possibilita à equipe do hospital melhor conhecimento da condição do internado e à equipe da UBS a compreensão da evolução do caso.

Após três dias...

Marina recebe alta do hospital e informa ao ACS de sua microárea sobre o relatório de alta. O relatório é levado à equipe. O enfermeiro solicita agendamento de uma consulta de retorno para Marina dentro de uma semana, caso a evolução do quadro continue sendo favorável.

Retorno...

Ao retorno, Marina é atendida pelo enfermeiro que, com base no protocolo de revisão periódica de saúde, indaga-lhe sobre:

- hábitos alimentares e de fumar;
- consumo de álcool e drogas;
- prática de atividades físicas;
- esquema vacinal;
- exames preventivos;
- prevenção de gravidez e de DST/AIDS.

Com base nas informações prestadas por Marina, Pedro Henrique registra no prontuário os seguintes problemas/situações:

1 - Estado vacinal ignorado;
2 - Sedentarismo em jovem, sem fatores de risco aparentes;
3 - Alimentação inadequada, hipercalórica, rica em carboidratos e gorduras;
4 - Vulnerabilidade para DST/HIV;
5 - Risco de gravidez não planejada;
6 – Ausência de acompanhamento ginecológico.

Em continuidade, Pedro Henrique elabora o seguinte plano de cuidados para Marina:

1 - Esquema de Vacinação, incluindo vacina contra rubéola (após certificar de não gravidez).
2 - anticoncepção;
3 - Orientação alimentar;
4 - Orientação sobre atividade física;
5 - Orientação sobre atividade sexual e uso de preservativos.

Avaliação periódica de saúde (AvPS)...

A abordagem em relação a esses problemas foi tema do caso "Quero fazer um check up", na parte 1 da seção 7, deste módulo. Consulte-o para que fique claro para sua equipe como é aplicado o protocolo de revisão periódica. Veja também as outras partes da seção que têm relação com o "caso de Marina".

Integralidade do cuidado...

Após as orientações realizadas pelo enfermeiro, Marina é atendida pela médica que lhe indaga sobre a sintomatologia urinária – sobre a qual ela nega qualquer sintoma – e, em seguida, procede à ampla investigação sobre a história clínica de Marina e de familiares de primeiro grau – tendo em vista seu quadro de ITU recorrente. Marina informa, também, que já teve outros namorados – com quem tinha relacionamento sexual não protegido – e que agora pretende se casar e, para tanto, quer fazer os exames indicados.

Frente ao exposto e considerando a história pregressa de Marina e seu parceiro – Célio –, é recomendada a participação de ambos no Grupo "Vida a Dois", da unidade.

A médica solicita, para Marina, exames de exploração do trato urinário e um conjunto de exames orientados para o contexto, sexo e idade de Marina (AvPS) e agenda o retorno.

Revisão periódica: quando e para quê

Nessa ocasião, após estabilização clínica, foi possível à equipe iniciar a revisão da condição de saúde de Marina. Conforme já abordado na seção 1, ações de natureza promocional e preventiva são os pilares dessa etapa, associada às demandas e aos problemas de saúde específicos apresentados por cada usuário em particular.

Retorno após um mês...

Marina comparece à consulta informando que se encontra bem e apresenta os resultados de exames sobre os quais a médica faz os seguintes registros:

1- Glicemia de jejum (GJ)= 82mg/dL (normal até 99 mg/dL)
2- Colesterol total (CT)= 158 mg/dL (normal até 200 mg/dL)
3- Sorologia para hepatite B = HBsAg não reagente
4- Sorologia para hepatite C = anti-HCV não reagente
5- Sorologias para HIV e VDRL serão solicitadas no trabalho do grupo "Vida a Dois".
6- Estudo radiológico do trato urinário mostra-se, aparentemente, dentro da normalidade. Não há evidências de dilatações, nem sinais de pielonefrite crônica.

A médica então explica a natureza dos achados para Marina, tranquiliza-a e orienta-a em relação aos exames e aos cuidados. Informa-lhe que fará acompanhamento de seu estado de saúde de forma que possam atentar para recorrências e, se necessário, para o estabelecimento de quimioprofilaxia. Em seguida, Marina é submetida ao exame ginecológico – que se encontra dentro da normalidade – e durante o mesmo é feita a coleta de material para a realização do Papanicolau.

Exame ginecológico...

Para conhecer detalhes da avaliação ginecológica, consulte o módulo "Saúde da Mulher" (COELHO; PORTO, 2009).

Agendamento de Marina...

Ainda na unidade, Marina retorna ao setor de enfermagem para reforços de seus esquemas vacinais, e, como havia sido discutido na reunião de equipe, a auxiliar de enfermagem agenda a participação de Marina e Célio no Grupo "Vida a Dois".

Grupo "Vida a Dois"

"Vida a Dois" é um grupo criado pela Equipe Verde para trabalhar com todo e qualquer vínculo que se estabelece entre saúde e o compartilhamento de uma relação a dois, independentemente de credo, opção política e preferência sexual. É um grupo que busca trabalhar, também, preconceitos e homofobias. O grupo é coordenado por uma psicóloga e conta com a participação de todos os profissionais da saúde da unidade, bem como com voluntários do bairro e de outras regiões. No grupo existem vários subprojetos, cada um dos quais sob a coordenação de um ou mais profissionais.

Marina e Célio no Grupo "Vida a Dois", no mês seguinte...

Marina e Célio são acolhidos no Grupo "Vida a Dois" e participam de atividades agendadas nas quais são abordadas questões como: sexualidade, intimidade, proteção sexual, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, práticas sexuais, relacionamento sexual. O grupo também trabalha com relacionamentos afetivos entre parceiros, casais, filhos, parentes, etc.

Célio e Marina participaram de atividades do grupo. Nessas atividades, foram, inclusive, abordadas questões sobre os filhos de Célio, o relacionamento com eles e até mesmo a preparação de Célio, seus fi- lhos e Marina para uma gravidez futura.

Marina e Célio no Grupo Vida a Dois (retorno)...

Marina e Célio retornam animados, informando sobre a marcação do casamento deles. A auxiliar de enfermagem aproveita para agendar a revisão periódica de saúde para Célio.

Após o trabalho realizado no grupo, Marina e Célio receberam aconselhamento por parte da equipe do Grupo "Vida a Dois" e, em seguida, Renata informou-lhes que era norma do grupo, principalmente no caso de Marina e Célio, a oferta de sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ambos acenaram positivamente quanto à realização do exame, quando, então, Renata entregou-lhes a solicitação para realização de sorologia para HIV e sífilis e procedeu, com ambos, ao aconselhamento pré-teste.

Marina se prepara para engravidar...

Marina retorna ansiosa para saber o resultado dos exames. A médica comunicou-lhes que os resultados eram os seguintes:

VDRL: negativo

HIV: negativo nas duas amostras

Comunicados os resultados, Marina se dirigiu aos profissionais, afirmando:

- "Vocês estão vendo, não há qualquer problema comigo. Acho até que vou engravidar!".

Comunicados os resultados pela equipe, a médica e o enfermeiro fizeram o aconselhamento pós-teste para Marina. Esta ouviu as instruções atentamente e, após, deixou o grupo despedindo-se de Renata e Pedro Henrique.

Parte 4

Aconselhamento pré e pós-testagem para HIV

A solicitação de teste para HIV, o ambiente que isso envolve, a expectativa em torno do resultado, a comunicação do mesmo, as consequências da comunicação do resultado, os efeitos sobre o testado e sobre sua vida de relação e o manejo a longo prazo de todo esse processo justificam a estratégia de aconse- lhamento pré e pós-teste do HIV.

Aconselhamento pré-teste

O processo de comunicação e o impacto decorrentes de um resultado de sorologia positiva para HIV constituem-se em uma das situações de difícil manejo na atenção primária e requerem de todos os profissionais envolvidos nessa tarefa preparo e sensibilidade que os tornam aptos a lidar com essa situação.

Nesse processo, de acordo com Girão e Gusso (2006), o profissional capacitado deverá:

- Reafirmar o caráter voluntário da testagem;
- avaliar com o paciente a realização ou não do teste;
- trocar com o paciente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- reforçar para o paciente a diferença entre HIV e AIDS ou entre portador assintomático e doente de AIDS;
- trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de "janela imunológica";
- verificar história anterior de testagem e riscos;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras frente ao HIV, também nesse período;
- explorar comportamentos de risco;
- sondar qual o apoio emocional e social disponível ao paciente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);

Para saber mais...

Aconselhamento em relação ao HIV é um conjunto de orientações fornecidas ao paciente no momento em que se solicita o teste, esclarecendo sobre possíveis resultados e suas implicações, as formas de prevenção e controle da infecção. É um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capaci- dade de se estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores. Tem como objetivo a reflexão, que possibilite a percepção dos próprios riscos e a redução do nível de estresse, quando a pessoa esteve exposta à situação de risco ou recebe resultado de teste positivo.

- sondar "quem terá acesso ao resultado";
- considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste;
- considerar o significado do teste negativo e atitudes frente a isso;
- considerar com o paciente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;
- sondar medos fantasiosos e reações do tipo "eu me matarei";
- explorar reações tomadas no passado diante de situações de grande estresse; e,
- perguntar sobre dúvidas e verificar o que foi compreendido.

Aconselhamento pós-teste diante de resultado negativo

Constitui-se em objetivos importantes do aconselhamento diante de um resultado negativo do teste para HIV:

- Abordar a possibilidade de "janela imunológica" e a necessidade de um novo teste;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- reforçar as práticas mais seguras já adotadas ou a serem adotadas (preservativos, uso exclusivo de agulhas e seringas, etc.).

Célio (no dia seguinte...)

O enfermeiro Pedro Henrique e a médica Renata recebem Célio. Este, então, é informado sobre os resultados de seus exames:

VDRL = negativo

HIV = ambas as amostras positivas

Antes que Renata possa continuar a comunicação, Célio a interrompe, dizendo: "se for verdade, prefiro a morte".

Em seguida, Renata e Pedro Henrique prestam informações a Célio sobre o significado daqueles resultados. Célio então é informado de que os resultados precisam ser confirmados. Célio diz que devem estar errados e que os resultados seguintes vão mostrar isto. Renata e Pedro Henrique escutam Célio com paciência, possibilitando a ele expor os seus sentimentos em relação ao resultado do exame e o tempo necessário para que ele assimile o impacto do resultado.

A médica Renata repassa a Célio novo pedido de exame e realiza, uma vez mais, o aconselhamento pré-teste, preparando-o em relação à possível confirmação do resultado.

Célio (após 15 dias...)

Célio é acolhido por Renata e Pedro Henrique, os quais lhe transmitem os resultados dos exames, informando-lhe a confirmação do resultado positivo.

Em seguida, Célio cai em choro convulsivo, ao que Pedro Henrique e Renata tomam-lhe as mãos e, apenas segurando-as, permitem que ele continue a chorar.

Decorridos cerca de 10 minutos, Célio interrompe o choro e indaga:

- "Como vou fazer para dizer isto para Marina? E olha que estamos nos preparando para casar!"

Pedro Henrique e Renata, nesse momento, dirigem-se a Célio e começam, de forma clara, porém acolhedora, a responder as suas perguntas e, em seguida, transmitem-lhe uma série de orientações.

Célio deixa o grupo um pouco atônito e, nesse momento, Pedro e Renata informam-lhe de que estarão sempre à disposição para orientá-lo e agendam de imediato uma consulta para ele no serviço de referência e sua inclusão no Grupo "Vida Mais" – o grupo interdisciplinar de acompanhamento a infectados pelo HIV que foi estruturado pela Equipe Verde e que conta com cinco pacientes, não incluído Célio.

Conforme salientado anteriormente, o trabalho de aconselhamento constitui-se em etapa fundamental nos atendimentos envolvendo a solicitação e o resultado de sorologia para HIV. Conforme o resultado do teste e sua confirmação, Girão e Gusso (2006) sugerem as seguintes recomendações:

A - Pós-teste diante de resultado positivo

- Fornecer o resultado clara e diretamente;
- permitir o tempo necessário para que o paciente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos;
- conversar sobre sentimentos e dúvidas, oferecendo apoio necessário;
- estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, ideia de suicídio e outros;
- desmitificar sentimentos que associam HIV/AIDS a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte e outros, etc.;
- reforçar que resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que o paciente, mesmo sendo portador assintomático, pode transmitir o vírus para outros;
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é controlável;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras para redução de riscos de reinfecção pelo HIV e outras DSTs;
- reforçar o benefício e demonstrar o uso correto dos preservativos, bem como suas limitações, caso ainda haja dúvidas;

- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis;
- enfatizar a necessidade de o resultado ser comunicado aos parceiros sexuais, oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- orientar quanto à necessidade de os parceiros realizarem o teste anti-HIV;
- definir com o paciente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio, como, por exemplo, o Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS (GAPA), além de oferecer a possibilidade de contato (disponibilidade);
- explicar, em caso de gestante, as formas de transmissão vertical do HIV que podem ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento; esclarecer como minimizar os riscos desse tipo de transmissão pelo Programa de Tratamento Antiretroviral (TARV), pela opção pelo parto cesáreo e pela não oferta de leite materno; explicar como se dão a transmissão de anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido e a necessidade de realizar o teste em todos os filhos nascidos após a infecção;
- abordar métodos de contracepção individualizada;
- falar sobre como lidar com animais de estimação, evitando exposição ou lavando as mãos após lidar com eles, para minimizar riscos de outras infecções, como a toxoplasmose;
- abordar questões relativas à dieta, orientando a evitar carne e ovos malcozidos, considerando a possibilidade de contaminação de doenças;
- orientar sobre como proceder em relação a viagens, seguindo as regras de quimioprofilaxia de indivíduos imunocompetentes, evitando vacinas de vírus vivo, como febre amarela e poliomielite (Sabin).

B - Aconselhamento pós-teste diante de resultado indeterminado

- Explicar possíveis significados do resultado falso-positivo por razões biológicas ou do verdadeiro-positivo por infecção cujos anticorpos ainda não estão plenamente desenvolvidos;
- reforçar a adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e outras DSTs;
- orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período definido pelo laboratório;
- considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste e referenciar para apoio psicológico, se necessário.

Para saber mais...

Para informações adicionais sobre aconselhamento em pessoas portadoras de DST/HIV (BRASIL,s.d.), consulte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf>

Resumindo...

Esta seção buscou orientar profissionais quanto ao gerenciamento diante de demandas espontâneas na unidade de saúde. Como forma de prosseguir na atenção dispensada ao usuário com condição aguda - leve a moderada gravidade -, foi empregado um protocolo de classificação de risco que, aliado ao protocolo de cuidados estabelecido pela equipe, foi capaz de norteá-la de forma satisfatória na condução do caso. Neste sentido, utilizou-se da infecção do trato urinário como a condição aguda referência para a avaliação e condução pela equipe.

Neste caso, foi-lhe apresentada, também, uma sistemática para o acolhimento, atenção e orientações dispensadas em situações envolvendo a solicitação e recebimento de resultado de sorologia para HIV, ao mesmo tempo em que se alertou para aspectos relacionados à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis.

Atividade 2

A avaliação de risco é muito importante no sentido de definir ou direcionar o atendimento que será dado ao paciente.

Tome como modelo um caso de paciente que procurou a UBS com queixas de início recente. Como a equipe de saúde está organizada para atender a esse paciente? Como será definido se o mesmo terá o atendimento imediato ou agendado?

Contextualize como sua equipe de saúde se organiza para receber a demanda espontânea, a fim de que os pacientes possam ter suas necessidades atendidas no menor tempo possível e com utilização racional dos recursos disponíveis. Não se esqueça de mencionar quais os principais aspectos que são avaliados para classificar a gravidade do caso.

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 3

“Tenho medo de estar com uma doença grave”

> Se quiser conhecer um homem, pergunte-lhe com o que ele se preocupa.
> (M. Stewart)

Nesta seção vamos estudar o caso Michele, o que suscita a abordagem, pela equipe, de condições muito comuns na atenção básica: a enxaqueca e a lombalgia.

Espera-se que você amplie seu embasamento para lidar com usuários e, em função das prevalências, pela demanda que impõem ao serviço e pela frequência com que geram absenteísmo, aprofunde seus conhecimentos sobre cefaleia e lombalgia, valendo-se da condução clínica, da observação atenta e da demora permitida.

Ênfase especial é dada ao Método Clínico Centrado na Pessoa, que você deve aprimorar.

Como situação presente no caso relatado, e muitas vezes na prática associada às mais diversas condições de saúde ou de queixas, é abordada a depressão em "Falando um pouco sobre depressão".

Assim, nesta seção, serão revistas: a abordagem clínica do paciente, cefaleia e enxaqueca, a lombalgia e a depressão.

Para tanto, espera-se que ao final da seção você seja capaz de:

- Discutir sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa
- Compreender os principais sintomas de enxaqueca relacionando-os com os seus diferentes tipos.
- Discutir os principais fatores deflagradores da crise de enxaqueca.
- Analisar as principais causas de lombalgias.
- Compreender a importância da avaliação clínica do usuário com queixa de depressão.

Parte 1

O caso Michele

Enquanto isso, na unidade de saúde...

Michele comparece à UBS, sendo acolhida pelo enfermeiro da Equipe Verde, Pedro Henrique. A queixa principal é traduzida pela expressão: "Tenho medo de estar com uma doença grave".

Michele, 32 anos, solteira, atendente de telemarketing, apresenta dores de cabeça desde os 18 anos de idade. Refere aumento de frequência da cefaleia nos últimos seis meses, que se apresenta com caráter pulsátil, localização temporal, unilateral, associada a náuseas, vômitos e fotofobia. As crises ocorrem, em média, duas vezes por semana, com discreta melhora com o uso de analgésicos comuns e são desencadeadas por privação de sono, estados ansiosos e períodos longos de jejum. Histórico familiar de enxaqueca. Nos períodos que antecedem as crises de dor de cabeça, Michele não apresenta sintomas visuais (perda da visão, percepção de luzes ou pontos brilhantes), sensoriais (sensação de formigamento - parestesias), vertigens ou dificuldade de fala.

Michele refere preocupação de estar com uma doença grave na cabeça, pois seu amigo também sentiu dores de cabeça e foi a óbito em virtude de tumor cerebral, há oito meses.

E por falar em cefaleia...

A cefaleia ou dor de cabeça é um sintoma frequente em atenção primária. As mu- lheres são mais acometidas, sendo a faixa etária adulta a mais comprometida. Dados nacionais dão conta de que as cefaleias são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em atenção primária.

Parte 2

Dor de cabeça e enxaqueca

A dor de cabeça, na maioria dos casos, pode não estar relacionada a outra doença de base – como a enxaqueca ou migrânea, a cefaleia do tipo tensional e a cefaleia em salvas, por exemplo. Em alguns casos pode corresponder à manifestação de alguma doença associada, tais como infecções sistêmicas em geral, intoxicações, neoplasias intracranianas, distúrbios vasculares e outras.

A cefaleia de Michele parece se tratar de enxaqueca (migrânea). Na enxaqueca, a intensidade da dor é moderada a grave, com duração de quatro a 72 horas. É tipicamente pulsátil (latejante), unilateral e está associada, durante a crise, a pelo menos um destes sintomas: náuseas e/ou vômitos, bem como fotofobia (intolerância à claridade) e fonofobia (intolerância a sons). Algumas pessoas podem apresentar alguns sintomas neurológicos focais precedendo uma crise de enxaqueca, como: parestesias, disfasia, alterações visuais, vertigens. A presença desses sintomas caracteriza o que chamamos de aura. O tipo mais comum de enxaqueca é a enxaqueca sem aura, também conhecida como enxaqueca comum.

A enxaqueca pode ter fatores deflagradores da crise, tais como:

- Alimentos: queijos amarelos envelhecidos, chocolate, frutas cítricas, frituras, carne suína, aspartame, alimentos contendo glutamato monossódico (molhos prontos, empanados, salgadinhos de pacote, realçadores de sabor), alimentos embutidos (mortadela, presunto, salsicha) e aqueles contendo cafeína (café, chás e refrigerantes à base de cola).
- Bebidas alcoólicas, especialmente vinho tinto.
- Exposição ao sol.
- Luzes, ruídos e odores intensos.
- Mudanças nos hábitos de sono (dormir mais ou menos horas do que o habitual para aquela pessoa).
- Perda ou atraso de uma refeição.
- Período menstrual.

- Grande estresse ou aborrecimento.
- Estresse físico (doença, infecção, cirurgia).

Para a maioria dos pacientes, mais importante do que um medicamento que alivie os seus sintomas é saber a origem do seu problema. Assim, o manejo das cefaleias, particularmente num cenário de Atenção Primária à Saúde, inicia-se com adequada relação profissional-paciente.

O diagnóstico de cefaleia é essencialmente clínico. Na avaliação do paciente com queixa de cefaleia, a anamnese detalhada e exame físico adequado envolvendo, inclusive, exame neurológico sumário (incluindo exame de fundo de olho) são fundamentais.

Quais são os sinais de alerta a serem observados na avaliação e diagnóstico das cefaleias?

- Cefaleia que se inicia após os 50 anos;
- cefaleia de início súbito (descrita como a "pior dor de cabeça sentida até então");
- cefaleia com características progressivas (intensidade, frequência, duração);
- cefaleia de início recente, em pacientes com neoplasia ou HIV;
- cefaleia com manifestação sistêmica (febre, rigidez de nuca, etc.);
- cefaleia com sinais neurológicos focais (convulsões, anormalidades no exame neurológico);
- cefaleia associada a papiledema.

Fique atento...

Em menos de 1% dos casos a cefaleia está associada a doenças graves, intracranianas, como tumores ou infecções, mas, frequentemente, essas doenças se constituem em preocupação dos pacientes que procuram por avaliação médica.

Para revisão sobre cefaléia:

Veja Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profilático da cefaleia migrânea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA, 2002).

Falando sobre a experiência de Michele com a dor de cabeça...

Michele se queixa de constantes faltas ao trabalho em virtude das crises de dor de cabeça, com idas frequentes a serviços de urgência. Já consultou dois médicos particulares que prescreveram analgésicos, sem melhora do quadro. Relata que por várias vezes esteve impedida de comparecer a eventos sociais importantes em sua vida, devido a crises de dor de cabeça.

Michele vive com os pais e trabalha como assistente de telemarketing há um ano, cumprindo 44 horas de trabalho, de segunda a sábado. Sente-se estressada no trabalho, pois é alvo frequente de reclamações por parte dos usuários que, descontentes com o serviço da empresa para a qual trabalha, agridem os atendentes pelo telefone, além de sofrer cobranças em demasia por parte de sua chefia. Relata não tem tempo nem dinheiro para atividades esportivas e de lazer. Namora há quatro anos. Não tem problemas de relacionamento em casa.

Observe, no relato, como as crises de dor trazem impacto negativo na vida de Michele, que se vê privada de melhor qualidade de vida.

Na investigação de cefaleias, além do tipo, local e intensidade, é fundamental a avaliação do estado emocional do indivíduo: como ele recebe a informação dolorosa, sua capacidade de tolerância à dor, seu contexto social. A dor encontra-se entre as principais causas de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas e baixa produtividade no trabalho. É um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e pelo impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Prosseguindo a consulta de Michele...

Histórico: nega tabagismo e etilismo. Último exame citológico do colo uterino há três anos, quando fez o exame clínico das mamas (13/07/2007). Faz uso de anticoncepcional oral de alta dosagem há oito meses. Calendário vacinal: vacinação para rubéola e febre amarela há dois anos (10/08/2008). Antitetânica em dia (dT há três anos, em 20/08/2007). Nega histórico familiar de doença cardiovascular ou câncer.

Michele diz que, além da dor de cabeça, apresentou duas crises de lombalgia de leve intensidade no último mês, com duração de quatro dias aproximadamente, sem repercussão funcional. Trabalha o dia todo assentada e diz que sua cadeira é pouco confortável. Perguntou à Dra. Renata se seria necessário fazer uma radiografia da coluna.

Parte 3

Lombalgia: queixa comum em atenção primária

As lombalgias são definidas como quadros dolorosos na região lombar e/ou sacral, apresentando causas distintas para o seu desenvolvimento. A dor lombar aguda é uma das queixas mais comuns na prática de atenção primária. Embora cerca de 90% dos casos de dor lombar sejam considerados de origem mecânico-degenerativo, causas infecciosas, inflamatórias, traumáticas, metabólicas e neoplásicas precisam ser lembradas e afastadas. A história clínica e o exame físico são os componentes mais importantes da avaliação inicial do paciente com dor lombar.

Vamos recordar: Causas de lombalgia...

Lombalgias mecânico-degenerativas	Lombalgias não mecânicas
Dores musculares	Infecciosas
Discopatias	Inflamatórias
Hérnia de disco	Neoplásicas
Estenose espinhal	Causas psicossomáticas
Síndrome da cauda eqüina	Doenças viscerais: dor visceral referida na região lombar
Espondilolistese	Fibromialgia
Osteoporose	

Dor lombar aguda é definida como aquela com até três meses de persistência dos sintomas. Ocorre em mais de 80% dos indivíduos em algum momento de suas vidas e 95% dos casos de lombalgia aguda são inespecíficos (não apresenta relação com alguma doença específica). Afecções graves são causas raras de lombalgia.

Existem alguns sinais de alerta importantes na abordagem das lombalgias: os alertas vermelhos e os alertas amarelos. São considerados "sinais

de alerta" os sinais ou sintomas apresentados pelo paciente que possam ser devidos a outras enfermidades sistêmicas que não à lombalgia aguda mecânica. Os alertas vermelhos auxiliam na identificação de condições potencialmente graves. Os alertas amarelos correspondem a fatores psicossociais que contribuem para o desencadeamento e cronificação das síndromes dolorosas lombares, tais como:

Atenção aos sinais de alerta em pacientes com dor lombar...

Alerta vermelho	Alerta amarelo
Trauma importante	Fatores genéticos e antropológicos
Idade de 50 anos ou mais ou menor de 20 anos	Obesidade
Osteoporose	Sedentarismo
Imunossupressão	Tabagismo
História pregressa de câncer ou dor que piora em repouso	Má-postura
Perda de peso inexplicada (acima de 10% do peso corporal)	Insatisfação laboral
Febre por mais de 48 horas, uso de drogas injetáveis, infecção ativa	Síndromes depressivas
Déficit neurológico grave ou progressivo	Trabalhos pesados
Dor com piora noturna	Alterações climáticas
Refratariedade ou progressão da dor	

Quando devemos solicitar estudos de imagem em pacientes com lombalgia?

A solicitação de exames de imagem, em geral, não é necessária em pacientes com lombalgia aguda de evolução inferior a seis semanas. Em pacientes com mais de 50 anos e sinais de alerta presentes podem ser necessários exames como radiografia lombossacral e hemossedimentação, para descartar neoplasia ou infecção. Em caso de sintomas persistentes ou graves (dor ciática limitante, paresias, perda sensitiva em determinado dermátomo), exames mais sofisticados podem ser solicitados (tomografia ou ressonância magnética).

Para revisão sobre lombalgias

Leia "Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias" (PROJETO DIRETRIZES, 2001), disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretri- zes/072.pdf>

Investigando o psiquismo de Michele...

Michele relata sentimento de angústia, labilidade emocional, desconcentração e estresse no trabalho, desinteresse pelas atividades antes consideradas prazerosas, além de insônia inicial, hiporexia e perda de peso (3 kg) nos últimos dois meses. Vivenciou recentemente o falecimento do amigo. Diante dos sintomas apresentados por Michele, Pedro Henrique solicita a avaliação da médica da equipe.

Renata realiza o exame físico de Michele...

Drª. Renata realiza o exame físico de Michelle, dando ênfase às queixas apresentadas:

Exame físico: corada, hidratada, boa perfusão capilar, orientada no tempo e espaço, humor deprimido. Oroscopia e otoscopia sem alterações. Peso: 70 kg, Altura: 1,62 m, IMC: 26,7.

Pele: sem alterações

ACV: PA: 110 x 70 mmHg; FC: 68 bpm; BNRNF, em 2T; pulsos periféricos rítmicos, simétricos, cheios.

AR: MVF s/ RA; eupneica; FR: 12 irpm.

Abdome: livre, sem visceromegalias.

ALM: articulações sem alterações. Boa mobilidade da coluna lombar. Retificação da coluna lombar. Lasségue negativo a 60°, bilateral. Discreta tensão da musculatura paravertebral lombar, sem dor à palpação.

Ex. neurológico sumário: pares cranianos sem alterações; minimental = 30.

Exame de fundo de olho: normal. Tônus e força muscular preservados, simétricos. Reflexos tendinosos superficiais (tricipital, bicipital, patelar, aquileu) normoativos, simétricos. Coordenação, marcha e equilíbrio preservados.

Parte 4

O que é o Método Clínico Centrado na Pessoa?

Drª. Renata conduziu todo o atendimento à usuária utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa, pois ela sabe que o cuidado centrado no paciente tem impacto favorável em pacientes como Michele. A médica observou que, além do relato de dor de cabeça e dor lombar, havia sintomas depressivos que precisavam de abordagem adequada. Drª. Renata sempre utiliza essa ferramenta na atenção aos usuários da Equipe Verde, garantindo mais eficiência no cuidado.

O que é o Método Clínico Centrado na Pessoa?

Muito se discute, atualmente, sobre a humanização da assistência e uma das metodologias propostas para alcançá-la é o Método Clínico Centrado na Pessoa.

A proposta do atendimento centrado na pessoa pressupõe mudanças na mentalidade do profissional de saúde. Para ser centrado na pessoa, o profissional de saúde entende que a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa é passiva deve ser substituída pelo compartilhamento do poder no relacionamento. E isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos do profissional, permitindo novos direcionamentos. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo.

Para refletir...

As vantagens do atendimento realizado pelo profissional de saúde centrado na pessoa são:

- Mais satisfação do paciente e do profissional de saúde.
- Mais adesão ao tratamento.
- Melhor resposta à terapêutica.
- Mais eficiência do cuidado.
- Necessidade de reduzido número de exames complementares.
- Frequência mais baixa de encaminhamentos a especialistas.
- Custo baixo para o sistema de saúde e para o paciente.

É importante que os profissionais de saúde atentem para os seis componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa:

Exploração e interpretação, pelo profissional de saúde, da doença e da experiência do adoecer do paciente, tendo a experiência de adoecer quatro dimensões: sentimentos da pessoa a respeito de sua experiência, suas ideias sobre a doença, como a doença afeta seu funcionamento e as expectativas em relação ao profissional.

Entendimento global da pessoa: integração dos conceitos de doença e experiência de doença com o entendimento da pessoa como um todo; inclui a consciência dos múltiplos aspectos da vida, como contexto pessoal, contexto próximo (família, emprego, suporte social) e contexto distante (cultura, comunidade, ecossistema).

Busca de objetivos comuns entre o profissional de saúde e o paciente a respeito do problema ou dos problemas e sua condução: elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas entre a pessoa atendida e o profissional de saúde.

Incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde: salienta a importância de se usar cada encontro como uma oportunidade de prevenção e promoção de saúde, como desenvolver, junto com o paciente, um plano prático de prevenção e promoção para toda a vida; monitorar os riscos já identificados de cada paciente e rastrear aqueles ainda não identificados; registrar e arquivar adequadamente e estimular a autoestima e confiança do paciente no autocuidado.

A melhora ou intensificação da relação profissional-paciente: enfatiza que cada encontro com a pessoa deve ser usado para desenvolver o relacionamento desta com o profissional, por meio da compaixão, da confiança, do compartilhamento de poder e da cura.

A viabilidade em termos de custos e tempo: exige que durante todo o processo o profissional de saúde seja realista sobre o tempo disponível, participe no desenvolvimento da equipe e do trabalho em equipe e reconheça a importância de uma administração sensata do acesso aos recursos de saúde. Para isto, é necessário:

- Compreender que não é preciso fazer tudo para todos os pacientes em todas as visitas.
- Considerar os limites da Medicina, da Enfermagem e de outras profissões e estabelecer objetivos e prioridades razoáveis.
- Uso racional dos recursos - gerenciar os recursos para o paciente, considerando suas necessidades e as da comunidade.

A seguir, a abordagem da paciente com diagnóstico de enxaqueca, segundo o Método Clínico Centrado na Doença e outro Centrado no Paciente utilizado pela Drª. Renata. Podemos observar os resultados do tratamento após dois meses.

Entrevista centrada na doença

Médica: Você tem enxaqueca. Existem muitas opções de tratamento para prevenir e abortar as crises de dor e outras coisas são importantes, como controle da alimentação e atividade física para alívio do estresse. Você deve evitar analgésicos em excesso.

Paciente: Sim, doutor. Diga-me o que devo fazer.

Médica: É muito importante que você tome estas medicações que estou prescrevendo. Não abuse de analgésicos. Evite alimentos como café, chocolate, comidas gordurosas, queijos, embutidos. Você deve caminhar pelo menos 30 minutos por dia e tentar relaxar. Passe lá na recepção e marque seu retorno para dois meses.

Paciente: Muito obrigada, doutora.

Após dois meses...

A paciente não conseguiu comprar todas as medicações prescritas na última consulta, pois, como ela já havia comentado, estava com dificuldades financeiras. Teve uma leve melhora, mas compareceu duas vezes à policlínica, com crises de enxaqueca. Acha que seu problema não tem solução e deseja fazer um exame mais complexo e consulta com neurologista para ver se está tudo bem.

Entrevista centrada no paciente

Médica: Pelos seus relatos e ausência de alterações ao exame que realizei, você possui um tipo de dor de cabeça chamada enxaqueca. Já ouviu falar algo sobre ela?

Paciente: Sim. Minha mãe tem enxaqueca e tem os mesmos sintomas que eu.

Médica: Você tem estado muito preocupada com a sua saúde, não é? (Explora a experiência do paciente com a doença e cria vínculos).

Paciente: Bom, um amigo meu que também sofria de dores de cabeça, assim como eu, morreu de tumor cerebral. Tenho medo de estar com o mesmo problema.

Médica: Existem muitas causas de dor de cabeça e certamente os aneurismas podem cursar com este sintoma, mas as características da dor são muito diferentes do seu caso. Você tem um histórico de dor de cabeça desde a infância e pioraram na medida em que você foi exposta a situações de cada vez mais responsabilidade e tensão. Além disso, você tem usado um anticoncepcional com dosagem alta, o que piora o quadro. Você observou que fiz exame completo e nada há de anormalidades. No caso de problemas mais graves, como tumores, a pessoa tem dores de cabeça de início mais recente, o tipo de dor de cabeça é bem diferente. E a pessoa geralmente tem outros sintomas. Você se lembra de como eram as queixas do seu amigo?

Paciente: Sim. Agora que o senhor falou percebo que eram diferentes das minhas dores. Ele começou a ter fortes dores há pouco tempo, estava com certa dificuldade para falar e teve desmaio.

Médica: Vejo que agora está mais tranquila em relação a seu problema. Sua qualidade de vida não tem estado boa e, além disso, percebo que está algo deprimida...

Paciente: Meu trabalho é estressante e nos últimos meses, devido à redução de pessoal na empresa, tenho trabalhado dobrado... Minha qualidade de sono não tem sido satisfatória e não tenho me alimentado bem. De fato, não estou bem.

Médica: Você não teria alguma opção de emprego que a fizesse mais realizada?

Paciente: Vou me empenhar para melhorar mi-

nha vida e procurar um trabalho em que eu me sinta mais feliz.

Médica: Realmente, o estresse piora muito as crises de enxaqueca, assim como horários irregulares de sono e alimentos tais como: café, chocolates e queijos. Aqui está uma lista com os alimentos que mais frequentemente desencadeiam crise de enxaqueca (entrega à paciente e explica). A pílula anticoncepcional pode piorar as crises. A enxaqueca é um problema crônico, mas tem controle quando é abordada corretamente. Necessita de mudança em seus hábitos, além da medicação correta. Existem dois tipos de medicamentos utilizados: um para aliviar as crises na hora em que elas ocorrem – evitando sua ida a urgências e o comprometimento de sua vida social – e medicação para prevenir as crises. Como você disse que no momento suas condições financeiras estão difíceis, vou prescrever uma medicação disponível na rede pública que irá evitar as crises de dor de cabeça, além de melhorar essa depressão. Você fará um esforço para comprar apenas o medicamento para as crises: fracas ou moderadas (naproxeno) e para crises fortes (o médico prescreve naratriptano), que tem preço razoável e evitará que você precise usar outros analgésicos, como você tem feito. Poderá usar um medicamento para náuseas e vômitos (metoclopramida), se necessário. Procure não abusar de analgésicos, pois seu uso excessivo piora a dor de cabeça. Você acha que podemos tentar desta forma?

Paciente: Sim.

Médica: Em relação à dor nas costas, não creio ser necessária radiografia, pois seu exame não mostra nada de grave. Procure fazer algumas adaptações na cadeira para que você se sinta confortável e os exercícios de alongamento dão uma resposta bem satisfatória, porque no seu caso a lombalgia é resultante de postura incorreta. Vou discutir com o enfermeiro sobre outros métodos contraceptivos mais indicados para você. Tem alguma dúvida sobre o que conversamos?

Paciente: Não. Agora me sinto mais tranquila e vejo que preciso mudar meu estilo de vida.

Médico: A prática de atividade física é fundamental para você. A associação comunitária do bairro possui um projeto que envolve atividade física à noite para quem trabalha durante o dia. É aberto a todos e gratuito. Tente se informar. Vai ser muito bom para você em vários aspectos. Bem, daqui a dois meses eu gostaria de vê-la para nova avaliação. Nesse intervalo, se precisar de algo, inclusive se tiver crise de dor de cabeça, procure esta unidade de saúde. Procuraremos ajudá-la no que for possível.

Paciente: Muito obrigada. Bem que minha mãe falou que a equipe de saúde presta um bom serviço à comunidade.

Após dois meses...

A paciente relata estar muito melhor e teve uma crise leve de enxaqueca desde a última consulta, aliviadas pela medicação prescrita. As crises foram desencadeadas por situação de estresse no trabalho e ingesta de queijo. Diz ter se sentido mais tranquila desde a última consulta, pois teve suas dúvidas esclarecidas, se considerou muito bem avaliada pela médica, aprendeu a manejar seu problema de saúde e está segura de que não tem uma doença grave. Mantém as queixas em relação ao trabalho. A médica pergunta se ela não teria outras possibilidades de emprego e a mesma diz que sua irmã está tentando lhe conseguir uma vaga em uma loja de calçados. Está frequentando as aulas de ginástica da associação comunitária que a médica indicara e está menos ansiosa. Não apresentou dor lombar.

Parte 5

Falando um pouco sobre depressão

A maioria dos pacientes deprimidos procura os serviços de saúde pelas mais diversas razões, principalmente com sintomas ditos somáticos (dores, insônia, perda de apetite, indisposição geral). A alta prevalência de distúrbios depressivos na população geral obriga os profissionais de saúde a ter alto grau de suspeição sobre a possibilidade desse diagnóstico ao atender e entrevistar os usuários.

A concomitância de distúrbios depressivos com doenças crônicas pode gerar muitos efeitos negativos no processo evolutivo do quadro clínico, diminuindo a adesão ao tratamento proposto, impossibilitando ou dificultando a mudança de hábitos e exacerbando os sintomas da doença prévia. É muito comum a peregrinação desses indivíduos pelo sistema de saúde, insatisfeitos com o atendimento prestado pelos profissionais.

Fazem parte do diagnóstico diferencial de depressão algumas doenças endócrinas (hipotireoidismo), distúrbios neurológicos e metabólicos. É importante lembrar que a depressão pode ser desencadeada por determinadas medicações, como alguns anti-hipertensivos, hormônios e medicações antineoplásicas.

Critérios diagnósticos para depressão

Para que um indivíduo tenha um diagnóstico de depressão, o mesmo deve ter apresentado, nas duas últimas semanas, cinco das seguintes características, sendo que ao menos uma delas deve ser a primeira ou a segunda da lista:

- Humor deprimido na maior parte do dia em quase todos os dias;
- perda de interesse ou satisfação em relação à maior parte das atividades;
- perda ou aumento de peso significativo (mudança superior a 5% num mês) ou aumento ou perda de apetite;

- insônia ou hipersonia (sonolência excessiva);
- agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (constatável pelos outros, não meramente sentimentos subjetivos de inquietação ou de lentidão);
- fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- baixa autoestima ou sentimentos de inadequação e culpabilidade (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autoacusação por estar doente);
- capacidade intelectual ou de concentração diminuída ou indecisão e dúvida, quase todos os dias;
- ruminações sobre morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem que haja um plano traçado ou tentativa de suicídio ou plano para atentar contra a vida.

Esses sintomas devem causar incômodo clinicamente significativo e incapacidade ocupacional ou em outros setores funcionalmente importantes.

Considerações sobre os tratamentos instituídos para Michele

Dra. Renata propõe a abordagem dos problemas apresentados por Michelle, além de orientar medidas de promoção e proteção à saúde.

No caso de Michele, em virtude do quadro depressivo associado à enxaqueca, Dra. Renata optou por um antidepressivo tricíclico, a amitriptilina, utilizada como profilático das crises de enxaqueca. O tratamento antidepressivo deve ser entendido de forma globalizada levando-se em consideração o ser humano como um todo – dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, Michele foi encaminhada à psicóloga do NASF para avaliação, que achou prudente sessão de psicoterapia individual que foi aceita plenamente pela paciente.

Em relação à enxaqueca, a médica da Equipe Verde considerou, além de orientações sobre mudanças no estilo de vida, o uso de medicações para o controle da dor de cabeça, visando:

1. Analgesia: uso de medicamentos apropriados nas crises (escolha por um anti-inflamatório não esteroide e um triptano, em caso de dor forte).
2. Medicação profilática: como observado anteriormente, a concomitância de quadro depressivo e enxaqueca permitiu à médica a escolha de medicação eficaz para as duas situações. Michele tem indicação de medicação profilática para enxaqueca, pois tem três ou mais crises por mês e apresenta grau de incapacidade importante (pessoal, familiar, social e produtiva).

Para saber mais...

Para informações complementares sobre depressão, veja:
Transtorno depressivo com risco de suicídio, p. 55 e 56 do módulo Saúde Mental (PEREIRA; VIANNA, 2009).
Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, p. 30 a 34 da Série Nescon de Informes Técnicos (DIAS; PEREIRA, 2009).
Minas Gerais – Secretária de Saúde - Atenção em Saúde Mental. Saúde em Casa (2006).

Considerar a indicação de profilaxia em casos de crise com frequência de menos de uma ao mês, quando se verificam:

- falência da medicação abortiva: ineficácia, uso abusivo ou excessivo, intolerância;
- ineficácia da profilaxia não farmacológica quando tiver sido esta a preferência inicial do paciente;
- subtipos especiais de enxaqueca (migrânea): basilar, hemiplégica, com aura prolongada, com auras frequentes e atípicas e infarto migranoso.

Verifique o tratamento da enxaqueca orientado pela médica da Equipe Verde para Michele no trecho sobre a entrevista centrada no paciente.

Veja um sumário das recomendações para o tratamento da enxaqueca.

- Identificar e afastar, dentro do possível, os fatores desencadeantes.
- Entrar precocemente com o tratamento nos pródromos das crises.
- Crises leves a moderadas podem ser manejadas com antieméticos, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais.
- Crises moderadas a intensas devem ser manejadas com triptanos ou analgésicos potentes (evitar uso crônico de analgésicos, que podem desencadear dor).
- Pacientes com crises frequentes podem receber profilaxia com beta-bloqueadores, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes.

Como se observa no caso de Michele, indivíduos com dor lombar aguda e sem critérios de gravidade, o tratamento deve ser dirigido à educação do paciente. Analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides devem ser usados em associação com programas de reabilitação física visando à minimização da inatividade e recuperação do tônus muscular, melhora do condicionamento físico e controle do peso. Caso a equipe disponha de acesso a programas de fisioterapia, estes devem ser encorajados. O paciente deve ser avaliado posteriormente e, em caso de manutenção ou piora da dor, avaliar troca de esquema analgésico, necessidade de exames complementares e encaminhamento à especialidade.

Finalizando...

Todos os dias os profissionais de saúde deparam com indivíduos com problemas de saúde desafiadores, seja pela cronicidade da situação ou pelo contexto emocional e social envolvidos. O caso Michele mostra um

atendimento bastante comum nas UBS e apresenta opções possíveis para a atenção em casos semelhantes, valorizando a abordagem integral do indivíduo e buscando a satisfação real das necessidades daquele que busca assistência. Devemos nos perguntar: "o que fez a pessoa vir a esta consulta?" – em vez do formal questionamento: "o que lhe traz aqui hoje?".

Atividade 3

Descreva, brevemente, um caso de usuário atendido por você.

Após o relato, reflita sobre qual abordagem foi utilizada: método clínico centrado na pessoa ou na doença? Justifique sua resposta.

Trace um paralelo entre os dois métodos, apontando quais as vantagens e desvantagens da utilização dos mesmos.

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 4

“Já vem Dona Edilene de novo”

> Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...
> (FERNANDO PESSOA apud SUSE THOUGHT, 2008)

Nesta seção vamos tomar como referência uma condição clínica comum – uma síndrome respiratória viral aguda –, a partir da qual se identifica que a usuária tem uma série de atendimentos na unidade de saúde. É enfatizada a hiperutilização do serviço de saúde, situação à qual os profissionais de saúde estão acostumados, bem como aos hiperutilizadores ou hiperfrequentadores.

São abordadas as estratégias pelas quais a equipe pode organizar a atenção a esta demanda.

Ainda nesse caso, a hipertensão arterial é apresentada como uma das condições crônicas mais prevalentes na atenção primária. Seu manejo é discutido como paradigma de abordagem dessas condições. Uma situação da paciente, uma hérnia incisional decorrente de cesarianas, é discutida como problema para preparo de cirurgia eletiva. Na abordagem, a equipe detecta algumas questões que lhe parecem apropriadas para sua orientação: as repercussões na família, inclusive na relação do casal e o tabagismo de Edilene.

Vamos, também, rever os seguintes temas: síndrome respiratória aguda viral; hiperutilizadores (perfil, sugestão de manejo); preparo cirúrgico, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo.

Espera-se que ao final desta seção você seja capaz de:

- Compreender a hiperutilização dos serviços de saúde por alguns usuários.
- Discutir o manejo das condições crônicas e de seus determinantes.

Parte 1

O caso de D. Edilene

Edilene, 42 anos, moradora da cidade de Curupira há dois anos, comparece à Unidade de Saúde da Família de Vila Formosa I e, após relatar suas queixas no acolhimento, é encaminhada para consulta de enfermagem.

Durante consulta com o enfermeiro Pedro Henrique, relata que está com coriza nasal hialina há quatro dias, tosse leve, oligoprodutiva e rouquidão. Nega dispneia, febre ou outros sintomas. Está com medo da gripe suína, pois, como ela diz, "a situação está muito grave no Brasil e no noticiário da TV disseram que em caso de qualquer sintoma de gripe, o paciente deveria procurar a unidade de saúde".

Edilene, que está em controle ginecológico devido à miomatose uterina, mostra referenciamento da ginecologista do Centro de Referência em Saúde da Mulher de Curupira para a unidade de saúde, solicitando risco cirúrgico para histerectomia e correção de hérnia incisional. É hipertensa e está fazendo uso correto da medicação.

Exame físico (05/08/2010): bom estado geral, corada, hidratada, afebril (Tax: 36.5°C). Ativa, comunicativa. Peso: 60 kg, altura: 1,55 m, IMC: 24,9. Oroscopia: hiperemia de orofaringe. ACV: bulhas normorrítmicas, em 2T. Pulsos rítmicos, simétricos, cheios. PA: 130x80 mmHg, FC: 70 bpm. AR: eupneica, sons respiratórios normais. FR: 12 irpm. Abdome livre.

Parte 2

Infecções agudas do trato respiratório

Grande parte dos atendimentos a casos agudos em UBS é atribuída às infecções respiratórias agudas (IRA). De origem preponderantemente viral, correspondem a uma das principais causas de prescrição abusiva e errônea de antibióticos na prática médica ambulatorial, com deletérias consequências individuais (riscos, custo) e coletivas (desenvolvimento de resistência microbiana). Tosse é o sintoma mais frequente nesses pacientes, frequentemente acompanhada de outras manifestações respiratórias e sistêmicas. A maioria dos pacientes atendidos apresenta rinofaringite aguda (resfriado comum), exacerbação de bronquite crônica, gripe, sinusite, amigdalite ou pneumonia, sendo que a maior parte dos casos atendidos apresenta infecção respiratória alta.

Fique atento...
Embora as infecções respiratórias altas sejam doenças comuns e usualmente autolimitadas, o uso de antibacterianos é alto nessas condições, acompanhando a alta frequência com que as doenças ocorrem. Geralmente, as prescrições são justificadas pela mudança de aspecto de secreções, que após o início dos sintomas, tornam-se mais espessas e assumem aspecto similar ao das infecções bacterianas, a partir do aumento da colonização da população bacteriana residente na árvore respiratória.

Para saber mais...

Para detalhes sobre tratamento das infecções respiratórias agudas veja: "Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas" (WANNMACHER, 2006), disponível em <http://www.opas.org.br/medicamentos>

Na maioria das vezes as IRAs são afecções autolimitadas, com evolução satisfatória e que podem ser tratadas apenas com medicação sintomática. Entretanto, é necessário que os profissionais de saúde de atenção primária conheçam e reconheçam os sinais de gravidade de uma infecção respiratória aguda.

Dois aspectos principais devem ser avaliados no atendimento a um paciente com IRA:

1. Fatores de risco

Idade acima de 60 anos; imunossupressão; doenças crônicas: hemoglobinopatias, diabetes mellitus, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais e hepáticas crônicas, neoplasias; gestação; paciente institucionalizado.

2. Sinais de gravidade

Confusão mental; frequência respiratória maior ou igual que menor que 30 irpm; frequência cardíaca maior ou igual que menor que 125 bpm; PA diastólica < 60 mmHg e/ou PA sistólica < 90 mmHg; temperatura < 35ºC ou > 40ºC.

Decisão do enfermeiro...

O enfermeiro Pedro Henrique faz avaliação de Edilene, identificando doença respiratória aguda, de etiologia provavelmente viral, que não apresenta fatores de risco, nem quadro clínico com sinais de alerta para doença respiratória grave.

Pedro Henrique prescreve soro fisiológico nasal e paracetamol, em caso de dor ou febre; orienta por escrito sobre sinais de alerta a serem observados na evolução da doença e sobre ingesta de líquidos, alimentação e ventilação do ambiente domiciliar. Indica retorno à unidade, caso necessário, e agenda consulta para Edilene com Drª. Renata em uma semana, para avaliação do risco cirúrgico.

Uma avaliação objetiva...

Observe como a avaliação do enfermeiro Pedro Henrique busca contemplar, além de anamnese dirigida para o problema da usuária, um exame físico sistematizado, com parâmetros objetivos, o que permite que ele obtenha dados que, uma vez interpretados, sirvam de base para a escolha das intervenções de enfermagem, identificando fatores de risco e sinais de alerta.

Explorando o prontuário de Edilene...

Revisando o histórico de Edilene no prontuário da família, Pedro Henrique verifica que a mesma apresenta, sempre, queixas e preocupações variadas e de aparecimento recente. Na quase totalidade dessas situações, não há correlação com qualquer quadro clínico e Edilene fica tranquilizada após receber orientações e ter suas dúvidas esclarecidas.

Não há evidências de que Edilene apresente sinais ou sintomas depressivos. Ela divide seu tempo entre os afazeres domésticos, tais como assistir à televisão e ficar assentada no passeio conversando com as vizinhas. Já trabalhou como doméstica por oito meses, mas estava ficando muito cansada, ganhava pouco e o serviço era longe de sua residência. Casada há 22 anos, diz que vive bem com o marido e três filhos solteiros (18 anos, 20 anos, 22 anos); concluiu o ensino fundamental. Edilene se mostra preocupada com os filhos, pois o lugar onde mora é muito perigoso e tem medo de que eles se envolvam com drogas. Por isso, sempre os traz à unidade solicitando avaliações da equipe, pois sempre acha que os mesmos não estão com boa saúde. Nos últimos 12 meses, compareceu à unidade 15 vezes.

Como pode ser verificado, Edilene, por diversas razões, além de queixas físicas, tem grande necessidade de comparecer à UBS. O motivo pelo qual uma pessoa procura por atendimento de saúde resulta da interação de fatores sociais, físicos e psicológicos.

Saiba que...
Em sua unidade de saúde você deve atender com certa frequência a pacientes que apresentam repetidas e múltiplas queixas de caráter aparentemente somático, sem que se consiga correlacioná-las clinicamente a um problema orgânico. Essas situações constituem um desafio para a prática clínica. São motivos de comentários sarcásticos e apelidos nas unidades de saúde, como "poliqueixosos", "pitiáticos", etc., além de frequentemente serem vistos como simuladores. Esse grupo de usuários representa significativa parcela dos pacientes atendidos em Unidades de Atenção Primária e em alguns serviços secundários e terciários.

Parte 3

Os hiperutilizadores

Cerca de 10 a 15% da população consomem 40 a 50% de todas as consultas médicas disponíveis. Nesse percentual encontram-se os pacientes chamados "hiperutilizadores" ou "hiperfrequentadores". O hiperutilizador é um paciente que apresenta uma série de sintomas físicos ou psicológicos recorrentes ou intermitentes, sem correlação clínica. Como grandes utilizadores do sistema de saúde, os hiperutilizadores fazem por volta de uma consulta ou mais por mês, totalizando 12 ou mais consultas por ano.

O "problema" da hiperutilização é complexo e se deve, pelo menos em parte, a manifestações de grandes problemas sociais. Esse fato pode explicar o sentimento de frustração dos profissionais quando estão frente a um hiperutilizador.

Algumas características dos hiperutilizadores, segundo a literatura, são:

- Gênero feminino;
- aumento da idade (especialmente naqueles com mais de 65 anos);
- estado civil: divorciados e viúvos;
- disfunção conjugal (crise e insatisfação conjugal);
- baixo suporte social;
- doenças físicas;
- doenças psiquiátricas e somatização;
- má-percepção de seu estado de saúde;
- fatores sociais: desemprego, isolamento social, aposentadoria;
- problemas familiares (alguns fatores possuem expressivo efeito no adoecimento familiar): famílias em que um ou mais membros sofrem de depressão, alcoolismo, esquizofrenia, estados ansiosos, além de desajuste matrimonial e marido com dependência econômica da esposa, entre outros;
- procura frequente por unidades de saúde devido a acontecimentos vitais estressantes, crises e disfunções familiares.

Sugestões para o manejo dos pacientes hiperutilizadores:

- Agendar consultas priorizando os casos mais complicados;

- promover abordagem biopsicossocial – discussão sobre os problemas emocionais do paciente e sua relação com o problema relatado. Tentar compreender as necessidades do indivíduo numa perspectiva mais integral, a partir da escuta qualificada: voltada para as necessidades do paciente, acolhendo suas queixas, sem censurá-lo. Evitar expressões como: "você não tem nada..." ou "seu problema é psicológico". Tentar tranquilizá-lo, explicar sobre a benignidade do problema;
- considerar a coleta de informações como o centro do processo: entrevista centrada no paciente deve ser a estratégia utilizada durante as consultas, abordando a experiência do paciente no contexto de seu adoecimento (história clínica, social, psicológica, familiar, cultural);
- manter registros/prontuários de boa qualidade, o que tem sido associado ao conveniente cuidado. Se não for possível recorrer aos registros sobre quais problemas tem o paciente, será muito difícil o manejo satisfatório do mesmo;
- verificar junto aos pacientes se as atividades desenvolvidas naquele serviço de saúde correspondem às suas expectativas;
- apoiar os profissionais, para a assistência a esses pacientes: educação permanente, apoio psicológico, técnicas em grupo, etc.;
- discutir os casos mais complicados com a Equipe de Saúde Mental de referência;
- procurar avaliar quadros de depressão e ansiedade e tratá-los adequadamente; se necessário, encaminhar ao especialista para avaliação.
- identificar e acionar mecanismos de suporte social;
- incentivar o autocuidado e a autonomia do indivíduo;
- fazer abordagem familiar: é importante ressaltar que a doença pode ter uma função na família.

Em alguns casos, é possível identificar que os adoecimentos surgem nos momentos de crise, desviando a atenção da situação-problema para uma condição aguda e permitindo que a tensão diminua, pois a família acaba por focar suas atenções no membro doente. Nestes casos, a investigação de um estressor familiar esclarece a gênese do problema e permite a abordagem adequada. Para muitos pacientes a doença é a única forma que conhecem de lidar com situações-problemas. Os profissionais de saúde devem entender a função do sintoma e como a família se organiza em função do doente. É necessário identificar se há fatores familiares que atuam como desencadeantes ou agravantes de crises e discuti-los abertamente com toda a família, lembrando sempre que os outros membros podem ser atingidos pela condição.

Apresentação do caso à equipe...

Pedro Henrique registra sua impressão sobre a hiperutilização de Edilene no prontuário para abordagem em momento propício. Durante reunião de equipe, comenta o caso com Drª. Renata, a auxiliar de enfermagem Joana e os agentes comunitários de saúde.

Após uma semana...

Na consulta médica, Drª. Renata avalia Edilene e lhe presta esclarecimentos sobre a cirurgia para retirada do útero. Pergunta sobre suas expectativas e temores em relação à histerectomia e esclarece as dúvidas da usuária. Durante a anamnese, Drª. Renata observa que a preocupação maior de Edilene é um problema antigo que, segundo a mesma, vem deses- truturando sua vida conjugal: uma hérnia incisional. Relata que a hérnia está presente há 10 anos e que já foi avaliada por outros médicos que consideraram "bobagem" operar uma hérnia "tão sem importância". Durante a anamnese, Drª. Renata faz a abordagem centrada na paciente e valoriza seus sentimentos e necessidades.

Trecho da entrevista centrada na paciente (Edilene e a médica)

Médica: Você tem uma hérnia incisional. Foi ocasionada pelos vários cortes realizados no mesmo local, durante as cesarianas. Você tem desejo de operar a hérnia?

Paciente: Sim, doutora, mas essa cirurgia sendo realizada junto da retirada do útero tem risco de morte?

Médica: Qualquer cirurgia tem risco de complicações, mas na maior parte dos casos esse procedimento é bem-sucedido. No seu caso você tem hipertensão controlada e, apesar de fumar, não tem problema grave de saúde. Você se sente incomodada com essa hérnia?

Paciente: Sim. Tenho vergonha em tirar a roupa perto do meu marido, o Tião, pois minha barriga está muito feia. Então fico dando desculpas para não ter relações sexuais. Meu marido diz que não tem problema, que não liga para isso, mas homem repara sim... Então, estamos tendo problemas no casamento, pois ele diz que eu devo ter outro homem, pois eu o estou evitando. Já faz seis meses que eu não tenho relações sexuais com ele. Além disso, fico menstruada mais tempo por causa dos miomas.

Médica: Algo mais atrapalha seu relacionamento com seu marido?

Paciente: O Tião bebe um pouco... A senhora sabe... Fica no bar até tarde, mas é trabalhador, não deixa faltar as coisas em casa e nunca me bateu ou coisa assim. Como estou sem ter relações com ele, parece que ele fica mais fora de casa, no bar, bebendo mais. Ele está muito aborrecido comigo.

Médica: Você acha que se esse problema da hérnia for resolvido as coisas podem melhorar? Antes da hérnia o relacionamento era bom?

Paciente: Certamente, sim. Eu gosto muito dele, pois ele foi muito bom pra mim desde que nos conhecemos. Minha família era muito pobre, meu pai era alcoólatra e nos maltratava e quando me casei o Tião me tirou daquele inferno. Ele sempre foi atencioso e carinhoso comigo. Não vejo a hora de voltarmos a nos relacionar. Afinal, mulher também sente falta, não é?

Médica: Claro. O bom relacionamento entre o casal é fundamental para a saúde emocional de ambos... Você tem se sentido muito preocupada com sua saúde?

Paciente: Sim. Eu fico com medo de morrer. Nem sempre foi assim. Há alguns anos eu venho me sentindo meio insegura. Quando estou doente, o Tião fica preocupado comigo também.

Médica: Entendi. Após sua cirurgia vamos conversar mais sobre sua história e sua família. Quem sabe, após esta cirurgia, o relacionamento de vocês volte ao que era antes e você consiga recuperar sua autoestima e ficar mais segura?

Paciente: Estou com grande expectativa sobre isso.

Médica (Após o exame físico de Edilene): Bom, aqui estão seus pedidos de exames. Os últimos exa- mes que você realizou foram feitos há três anos. Quando os resultados estiverem prontos, traga-os para mim e lhe encaminharei para a cirurgia. Na próxima consulta lhe explicarei os detalhes do procedimento cirúrgico. Qualquer dúvida, fale comigo, combinado?

Paciente: Muito obrigada, doutora Renata. Assim que tudo estiver pronto retorno com os exames.

Médica: Até logo, Edilene... Tenha uma boa semana.

Exame físico de Edilene

Peso: 60 Kg; altura: 1,55 cm; IMC: 24,9; cintura = 72 cm.

Bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica.

Pescoço: linfonodo palpável em região cervical anterior, móvel, fibroelástico, < 0,5 cm, indolor (a paciente não notara a alteração).

ACV: Bulhas normorrítmicas, normofonéticas em 2T. Pulsos rítmicos, simétricos, cheios. PA: 125x80 mmHg (em uso de captopril 25 mg e hidroclorotiazida 25 mg), FC: 68 bpm.

AR: sons respiratórios normais, eupneica, FR: 14 irpm.

Abdome: hérnia incisional em cicatriz de cesárea. Útero palpável a 10 cm da sínfise púbica; peristaltismo fisiológico.

ALM e SN: sem anormalidades aparentes.

A médica lê no prontuário que Edilene teve infecção viral há uma semana, o que pode justificar a linfadenomegalia encontrada, no momento assintomática. Essa alteração observada ao exame físico (linfadenomegalia cervical) corresponde a um achado casual, ou seja, a profissional encontra um episódio que, neste caso, não se correlaciona com sintoma algum e que não interferirá na conduta em relação ao objetivo proposto para esse paciente: avaliação de risco cirúrgico. A médica decide aguardar a próxima consulta para o acompanhamento desse achado.

Para refletir...
A indicação de exames complementares deve ser feita com racionalidade e responsabilidade ("O que este exame acrescentará ao desfecho do caso em questão?" "O exame alterará minha conduta?"), lembrando que eles não estão isentos de riscos. O exagero no número e na indicação de exames pode ocasionar: aumento dos custos e sobrecarga para o serviço de saúde; ansiedade para o usuário; desvalorização do exame clínico (substituição da anamnese e do exame físico pela realização de exa- mes complementares); atrasos no diagnóstico; diagnóstico equivocado e prejuízos à saúde do usuário (iatrogenia).

Drª. Renata, frente ao constatado, se permite uma atitude conservadora, baseada no acompanhamento da evolução do quadro clínico da usuária, sem, no entanto, agir com displicência. Isto traz benefícios para a paciente, a profissional e o serviço de saúde. Essa estratégia usada pela médica é conhecida como demora permitida. Evita-se, assim, a medicalização de sintomas que acabarão por culminar em remissão espontânea e a solicitação de exames complementares desnecessários, permitindo ao profissional a adoção de condutas coerentes. É importante que o profissional, no caso, a médica, esteja convencida de não se encontrar ante uma urgência e que tenha ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem

risco para o paciente. Nestes casos, é fundamental assegurar ao usuário, em caso de necessidade, fácil acesso ao atendimento na unidade.

A médica solicita os exames de risco cirúrgico direcionados pela história clínica da usuária, exame físico e pelo porte do procedimento cirúrgico. Agenda o retorno de Edilene para duas semanas, com os resultados de exames.

Após duas semanas...

Edilene retorna com os exames pré-operatórios. A Dra. Renata os avalia, reconhecendo-os sem alterações, estando a usuária assintomática e seu exame físico inalterado desde a última consulta, há duas semanas, exceto pelo desaparecimento do linfonodo cervical.

A médica fornece relatório detalhado contendo a avaliação pré-operatória, liberando Edilene para a cirurgia, e a orienta a cessar o tabagismo quatro a oito semanas antes do procedimento cirúrgico e a manter o uso regular das medicações.

Parte 4

A avaliação pré-operatória na Atenção Primária à Saúde

1 - Avaliação clínica

A avaliação pré-operatória inicia-se a partir de informações fornecidas pela equipe cirúrgica sobre o procedimento (tipo de cirurgia, possíveis alternativas menos invasivas, etc.).

Deverão ser registrados dados da anamnese e o exame físico deve ser realizado de forma objetiva, buscando fatores diretamente relacionados ao desfecho da cirurgia. A partir dessas informações, pode-se estimar a capacidade funcional do paciente; obter informações sobre doenças ocultas; identificar práticas que necessitam de interrupção (p. ex. tabagismo); definir medicações que devem ser suspensas, mantidas ou iniciadas até a cirurgia, o pré e/ou pós-operatório.

A anamnese e o exame físico bem-feitos são a melhor forma de se fazer o rastreamento (screening) de doenças. O diagnóstico clínico – e não os exames laboratoriais – é a base para a mudança dos planos operatórios.

2 - Exames complementares

O exame complementar não substitui o exame clínico apropriado do paciente e não supre a deficiência técnica do profissional. O processo de elaboração do diagnóstico exige um corpo de conhecimentos no tocante à solicitação dos exames e no momento da interpretação dos resultados. Sem esse embasamento o profissional certamente não terá feito uma boa avaliação clínica e, provavelmente, estará solicitando exames desnecessários ou esquecendo-se de pedir outros importantes para aquele paciente. Os exames laboratoriais são importantes para garantir que a condição pré-operatória seja satisfatória, quando se suspeita ou se diagnostica uma doença durante a avaliação clínica ou quando se deseja avaliar o grau de comprometimento funcional de um órgão comprometido por uma condição mórbida.

Portanto, a solicitação de exames laboratoriais de "rotina" não deve ser estimulada, mas sim baseada em cada caso, particularmente. Deve-se

respeitar a rotina estabelecida em cada instituição, que deverá ser amplamente discutida e analisada. O único consenso que existe em relação a exames pré-operatórios é que nenhum deve ser pedido de rotina, isto é, não há evidência clínica para a padronização de exames para todo e qualquer paciente.

Após dois meses...

Pedro Henrique e a agente comunitária Mariana fazem uma visita domiciliar a Edilene, em pós-operatório. Pedro Henrique avalia a cicatriz cirúrgica e o estado da usuária, que está se sentindo bem. Agenda a retirada de pontos conforme orientação do cirurgião. O enfermeiro conheceu o marido e os filhos de Edilene e pôde conhecer um pouco da dinâmica das relações familiares. O filho mais velho disse para Pedro Henrique que a mãe é muito "queixosa" e que, em sua opinião, ela frequenta muito a unidade de saúde, principalmente quando briga com seu pai. Diz: "aí começa a sentir uma coisinha aqui e ali e logo dá um jeitinho de ir à unidade de saúde para conversar com alguém e desabafar". Pedro Henrique registrou no prontuário essa observação.

Edilene conversa com o enfermeiro Pedro Henrique. Diz estar se sentindo muito bem, mas desejaria ter uma ocupação, pois está muito só em casa, já que sua família fica fora de casa o dia todo. Ele a encaminha para a "Casa da Família", onde Edilene terá oportunidades de aprender trabalhos manuais, costura, artesanato e fazer parte do grupo de mulheres da comunidade, buscando estímulos à sua autonomia.

Após três meses...

Drª. Renata, ao atender pacientes do grupo de hipertensos, sempre faz revisão dos prontuários para planejamento do cuidado de cada usuário.

Edilene é hipertensa e faz uso regular de medicação anti-hipertensiva (captopril 25 mg, de 12/12 horas, e hidroclorotiazida 25 mg, pela manhã). Quando iniciou o tratamento sua pressão arterial estava em 160X100 mmHg.

Último exame citopatológico do colo uterino há cinco anos. Vacinação antitetânica há 20 anos e antiamarílica há cinco anos (20/03/1995). G (gravidezes) três, PCT (partos cesáreos a termo) 3, A (abortos) zero, salpingotripsia há 17 anos. Histórico familiar: pai alcoolista. Exame clínico das mamas há três meses.

Nega etilismo ou uso de drogas. Sem histórico familiar de doença cardiovascular. Tabagista e sedentária.

Por falar em tabagismo...

Edilene é tabagista (15 cigarros/dia) há 22 anos. Diz que fuma pouco e não é dependente do cigarro e pode parar de fumar a hora que desejar, apesar do momento atual não ser ideal, pois o cigarro é uma forma de aliviar a ansiedade. Apesar de receber orientações por parte da Drª. Renata sobre os malefícios do cigarro e benefícios com o controle do tabagismo, a mesma reluta em abandonar o cigarro.

Todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde devem ser investigados quanto ao hábito de fumar. O aconselhamento para controle do tabagismo é muito mais do que falar que o paciente deve abandonar o hábito de fumar em virtude dos malefícios do cigarro. É fundamental que o profissional conheça todas as etapas do processo de controle do tabagis-

mo, pois as mesmas trazem implicações terapêuticas claras. Por exemplo, não há sentido no oferecimento de medicamentos para indivíduos em fase pré-contemplativa. Nessa fase, são mais importantes as ações educativas, informando sobre os riscos do tabagismo, dos benefícios do controle e da possibilidade de sucesso sem sofrimento intenso.

Leitura obrigatória
Para a análise do caso de Edilene, é essencial que você leia a parte 5 (controle do tabagismo), a parte 7 (Hipertensão arterial sistêmica) e a parte 8 (Avaliação do risco cardiovascular) da seção 7, revendo os principais aspectos conceituais e operacionais dessas duas situações.

Veja os exames laboratoriais de Edilene (11/01/2010):

Exame	Valor de referência	Resultado
Glicemia:	< 100 mg/dL	87 mg/dL
Colesterol total (CT):	Ótimo: < 200: limítrofe: 200 a 239; alto: > 240 mg/dL	160 mg/dL
Colesterol HDL (*high-density lipoprotein*)	Ótimo: > 40/50 ou 60, conforme risco;	50 mg/dL
Colesterol LDL (*low-density lipoprotein*)	Ótimo: < 100; desejável: entre 100 a 139; alto: > 140 mg/dL	90 mg/dL
Triglicérides (TG)	< 150 mg/dL	100 mg/dL
Hematócrito	36 a 42%	38%
Potássio sérico (K)	3,5 a 5,2 mEq/L	4,0 mEq/L
Creatinina	0,6 a 1,3 mg/dL	0,8 mg/dL
Ácido Úrico	2 a 6 (mulher) ou 7 mg/dL	5,5 mg/dL
Urina rotina	normal	sem alterações
ECG	normal	sem alterações

Calculando o risco de Edilene
De acordo com o Quadro 16, da parte 7 da seção 7:

- Indicadores de risco cardiovascular de Edilene: hipertensão, tabagismo.

- Presença de algum critério para fator de risco cardiovascular ou fatores agravantes de risco? Não.

Cálculo do risco: escore de Framingham para mulheres (Figura 3, seção 7, parte 7)

- Idade (42 anos): pontuação: zero
- É diabética: não - pontuação: zero
- É tabagista: sim - pontuação: dois
- Valor colesterol LDL: 90 mg/dL - pontuação: -2
- Valor colesterol HDL: 50 mg/dL - pontuação: zero
- Valor da PA: 125X80 mmHg - pontuação: zero

Resultado: total zero ponto, risco cardiovascular em 10 anos: 2%, baixo risco.

Atividade 4

Entrevistar cinco adultos hipertensos, perguntando sobre as maiores dificuldades encontradas para o controle da pressão arterial, os limites impostos pela hipertensão em suas vidas e qual o seu conhecimento sobre seu problema de saúde, sua gravidade e complicações. Diante dos resultados encontrados, elabore estratégias junto com a equipe para atendimento e monitoramento desses pacientes.

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os ou- tros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Para refletir....

Analise o fato de um usuário hiperfrequentador da UBS. Qual a razão de tantas idas e vindas à UBS? Que problemas podem estar envolvidos na hiperutilização do serviço de saúde?

Da reflexão à ação...

Discuta com sua equipe algumas estratégias que devem ser utilizadas para o atendimento aos usuários hiperfrequentadores e hiperutilizadores do serviço de saúde que atendam satisfatoriamente às suas necessidades.

Leia "Escutatório", de Rubem Alves

*Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular [...].*Disponível em: http://www.rubemalves.com.br/escutatorio.htm

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os ou- tros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 5

“Todo cuidado é pouco”

> Porém, tragicamente, os piores casos - aquelas pessoas que estavam nos últimos estágios de alguma doença, os que estavam morrendo - eram os que recebiam o pior tratamento. Eram colocados nos quartos mais distantes dos postos de enfermagem. Eram obrigados a ficar deitados sob luzes fortes que não podiam desligar. Não podiam receber visitas, exceto durante os horários permitidos. Deixava-se que morressem sozinhos, como se a morte fosse contagiosa. (KÜBLER-ROSS)

Nesta seção 5 é dada ênfase ao cuidado paliativo a um paciente terminal, condição que exige da equipe adequada qualificação e da família uma postura cercada de cuidados e de atenção para com o paciente.

A interação paciente-equipe-família deve ser enfatizada em todas as atividades levadas a efeito, seja na visita domiciliar, seja em qualquer outra instância em que um paciente fora de possibilidade terapêutica recebe cuidados.

Parte 1

O caso de Dona Letícia

O caso de Dona Letícia

Dona Letícia, 50 anos, vem recebendo assistência domiciliar da Equipe Verde. Encontra-se em cuidado paliativo devido a câncer de mama. Vive com a filha, Gisele, e o marido, Arnaldo. Drª. Renata, médica da Equipe Verde, foi realizar a visita domiciliar programada na casa de Dona Letícia, acompanhada pela agente comunitária Sônia. Dona Letícia, há três semanas, foi encaminhada pela Drª. Renata para internação hospitalar devido a derrame pleural secundário à metástase pulmonar.

Na ocasião, Dona Letícia apresentou dor torácica moderada ventilatório-dependente, e dispneia leve à noite, além de tosse pouco produtiva. Foi encaminhada pela Drª. Renata ao Hospital Municipal de Curupira, onde permaneceu internada por duas semanas. O relatório de alta consta que o derrame pleural foi drenado e a paciente submetida a algumas sessões de radioterapia paliativa. A família relata que os médicos do hospital disseram "que nada mais poderia ser feito e que dariam alta para que ela morresse em casa".

Parte 2

Atenção Básica e cuidados paliativos

A atenção básica tem importante papel na continuidade do acompanhamento e tratamento dos pacientes em cuidados paliativos, especialmente no momento em que não pode mais ser ofertado tratamento curativo, em especial nas regiões de difícil acesso a centros de referência. São aqueles pacientes que retornam para suas casas, pois "nada mais há a ser feito".

Uma questão a ser considerada é que o domicílio costuma ser o local de preferência, em algum momento, de tratamento, por parte significativa dos pacientes ou familiares e que pacientes costumam preferir ir para suas casas na fase terminal da doença.

Para que essa interação entre equipe, família e paciente possa ocorrer, é necessário tempo disponível por parte da equipe, com uma agenda que facilite sua incursão domiciliar. A disponibilidade de tempo para atendimento no domicílio é um aspecto de grande relevância, uma vez que, pela própria natureza do tipo de paciente atendido, as visitas da equipe consomem considerável tempo. Ademais, a equipe que vai ao domicílio precisa estar disponível a qualquer momento, ajudando e transmitindo confiança aos familiares. A prática adequada dos cuidados paliativos preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família, busca pela excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento.

Sabe-se que quanto mais próximo da morte estiver o paciente, maiores serão as necessidades deste e dos familiares, exigindo consultas mais frequentes. Portanto, quando os últimos dias de vida do paciente estão se aproximando, deve ocorrer intensificação das visitas domiciliares.

O foco da atenção em cuidados paliativos não deve ser a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser com direito à informação e à autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento.

Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pa-

cientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, a partir de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A prática dos cuidados paliativos baseia-se no controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Os princípios do controle desses sintomas baseiam-se em:

- Avaliar antes de tratar;
- explicar as causas dos sintomas;
- não esperar que um doente se queixe;
- adotar estratégia terapêutica mista;
- monitorizar os sintomas;
- reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- cuidar dos detalhes;
- estar disponível.

Nas situações em que o doente tem alta dependência, os cuidados paliativos se impõem. Torna-se imperioso o trabalho de educação para ações como os cuidados no leito e também a prevenção de feridas, os cuidados com a alimentação, as adaptações da oferta de alimentos e a comunicação amorosa. Os medicamentos que retardavam a evolução da doença devem ser suspensos, assim como se deve ter parcimônia no tratamento de intercorrências, evitando-se as intervenções agressivas. Deve-se estar atento ao controle da dor que o imobilismo e os procedimentos de conforto podem trazer (curativos, mobilizações, trocas e aspirações de vias aéreas superiores).

Parte 3

Controle da dor

Continuando com os cuidados...

Dona Letícia relata persistência de dor torácica ventilatório-dependente e tosse leve, pouco produtiva. Refere, também, melhora do apetite após a internação e tratamento. Avaliada em relação à sua dor, refere cinco na escala visual numérica.

Drª. Renata inicia codeína 30 mg, que deverá ter efeito satisfatório para o controle da dor e da tosse. A médica da Equipe Verde mantém contato com a equipe responsável pelos cuidados à Dona Letícia, em nível hospitalar. Dona Letícia deverá se submeter a sessões de radioterapia paliativa e controle do derrame pleural.

O controle da dor, em cuidados paliativos, deve ser baseado em avaliação cuidadosa, com elucidação das possíveis causas e dos efeitos desse sintoma na vida do paciente, em investigação dos fatores psicossociais que possam estar influenciando e no impacto desses sobre o paciente. Anamnese e exame clínico cuidadosos são fundamentais e investigações laboratoriais ou radiológicas podem ser necessárias.

Os princípios do controle da dor em pacientes com câncer foram sumariados pela World Health Organization (WHO) por meio de um método eficaz (analgesic ladder), podendo-se aliviar a dor do câncer em 80% dos casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.).

Pela boca: a via oral é a de escolha para a administração de medicação analgésica (e outras), sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções. Dá ao paciente mais controle sobre sua situação e autonomia para o autocuidado.

Pelo relógio: medicação analgésica para dor de moderada a intensa deve ser administrada a intervalos fixos de tempo. Não esperar o paciente sentir dor para administrar a próxima dose da medicação.

Pela escada: a OMS desenvolveu uma escada analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas, no tratamento da dor de câncer (Figura 1).

Para o indivíduo: as necessidades individuais para analgesia variam enor-

memente. A dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica da dor do paciente. A dose certa de morfina é aquela que alivia a dor sem efeitos colaterais intoleráveis.

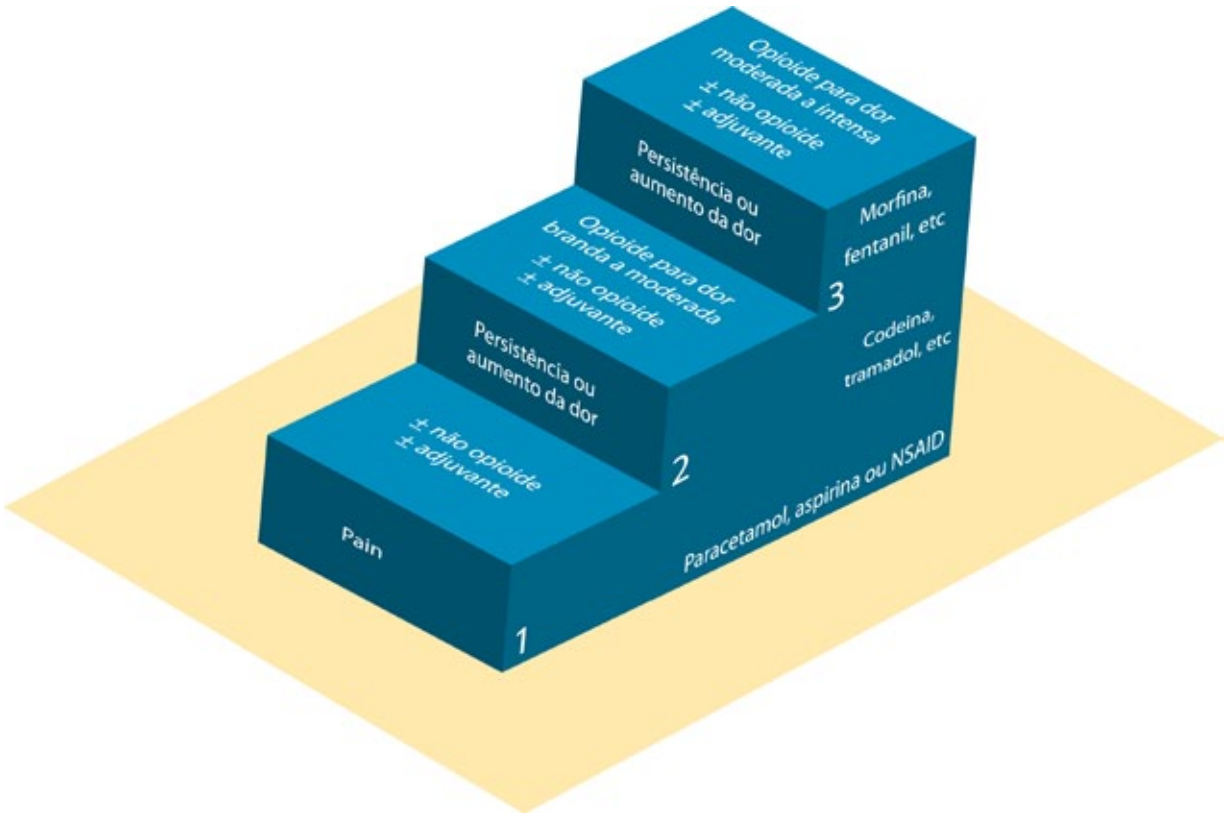


Figura 1: Escada analgésica (WHO)

Fonte: http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.ganfyd.org/images/thumb/7/77/WHO_Analgesic_Ladder.png/550px-WHO_Analgesic_Ladder.png&imgrefurl=http://www.ganfyd.org/index.php%3Ftitle%3DAnalgesic_ladder&h=573&w=550&sz=155&tbnid=ya61Brk3KBjshM:&tbnh=90&tbnw=86&prev=/search%3Fq%3Dworld%2Bhealth%2Borganization%2Bpain%2Bladder%26tbm%3Disch%26tbo%3Du&zoom=1&q=world+health+organization+pain+ladder&docid=YHtlca8n_Y97oM&hl=pt-BR&sa=X&ei=SihITtDQKoutgeK38TmBQ&ved=0CDsQ9QEwBA

Segundo orientação da Organização Mundial da Saúde, a escada analgésica orienta sobre a escolha do tratamento farmacológico da dor da seguinte forma:

- Três grandes classes de drogas (não opioides, opioides fracos e opioides fortes) são utilizadas sozinhas ou em combinação.
- Em ordem crescente, como os degraus de uma escada.
- De acordo com a intensidade e tipo de dor.

Uso de adjuvantes:

- para aumentar a analgesia (corticosteroides, anticonvulsivantes).
- para controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos).
- para controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente, como ansiedade, depressão, insônia.

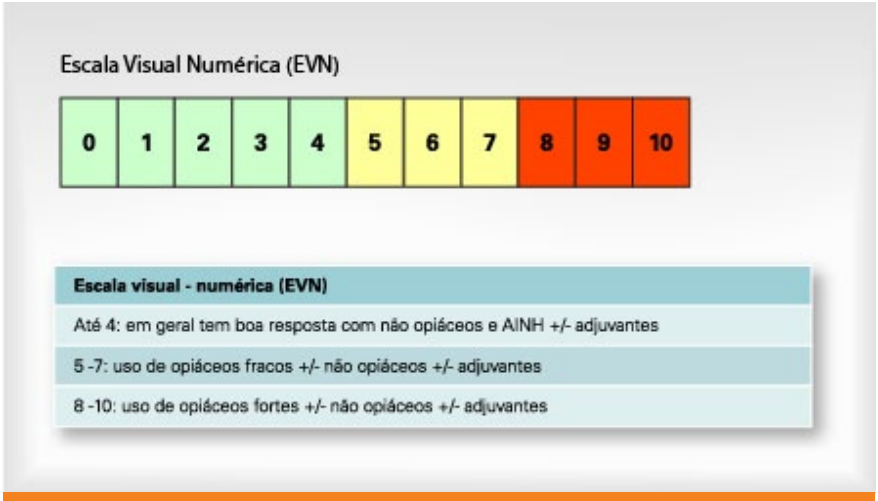
Atenção aos detalhes: dar ao paciente e cuidadores instruções precisas, tanto escritas quanto orientadas verbalmente, sobre os nomes dos medicamentos, sua indicação, dosagem, intervalo entre as tomadas e possíveis efeitos colaterais.

Para saber mais...

Orientações para intervenções farmacológicas em pacientes com dor, assim como noções mais aprofundadas em cuidados paliativos podem ser obtidas a partir da leitura do manual: Cuidado Paliativo. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/livro_cuidado_paliativo_crm_31_8_09.pdf>

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, Escala Visual Numérica (EVN) é comumente usada, pelo pouco tempo que se leva para ser respondida e pelo fato de poder ser rápida e repetidamente utilizada durante o acompa- nhamento do paciente.

A EVN possui números de zero a 10, em ordem crescente da esquerda para a direita, em uma fita. Nela, zero significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. Assim, o paciente deve escolher o número que melhor representa a sua dor.



Fonte: CREMESP (2008).

Figura 2: Escolha do analgésico segundo a intensidade da dor

Parte 4

Alguns cuidados para prevenção de úlceras por pressão

Os cuidados da família...

Gisele, filha de Dona Letícia, encontra-se aflita, pois observou que a pele de Dona Letícia está muito sensível e vermelha na região glútea e tem medo que comece alguma ferida. A mesma foi orientada pelo enfermeiro Pedro Henrique sobre os procedimentos para prevenir úlceras por pressão e, em virtude disto, encontra-se atenta.

Alguns cuidados para prevenção de úlceras por pressão

- Mudanças de decúbito freqüentes, hidratação da pele, incentivo à deambulação e exposição ao sol no período da manhã.
- Manutenção da higiene do paciente com sabão neutro.
- A cama deve ser limpa e seca, com roupas de tecido não irritantes, lisos, não engomados e sempre esticados evitando dobras. Coberturas plásticas ou protetores de cama não devem ter seu uso aceito; protegem a cama, porém podem causar sudorese, levando à maceração da pele do paciente.
- Uso de travesseiros ou almofadas no reposicionamento para proporcionar alinhamento corporal correto, aliviando a pressão em diversos pontos do corpo, principalmente sobre proeminências ósseas.
- Uso de colchão próprio, como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água, que redistribui o peso corporal, reduzindo a pressão à medida que a paciente afunda no fluido, propiciando uma superfície adicional que auxilia na sustentação do corpo, além de reduzir o peso corporal por unidade de área.
- A mudança de decúbito realizada a cada duas horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local.
- A paciente deve ser posicionada corretamente, evitando-se que seja "arrastada" durante a movimentação, e sim que seja erguida utilizando-se o lençol móvel, a fim de evitar lesões causadas por fricção e força de cisalhamento.

Para saber mais...

Para complementar sobre cuidados com a pele, veja:
"Abordagem disciplinar" p. 158-60 no Módulo Saúde do Idoso (CHAIMOWISCZ et al., 2009).

Revendo a história de D. Letícia...

Dona Letícia é acompanhada pela Equipe Verde há dois anos, tempo este que coincide com o seu diagnóstico de câncer de mama avançado. Dona Letícia morava anteriormente em outro município e diz que frequentava a unidade de saúde regularmente. Quando questionada sobre a realização periódica de "exames de prevenção" sobre câncer de mama, relata que nunca havia tido suas mamas exa- minadas por profissional de saúde anteriormente ao diagnóstico de câncer. Na época observou um grande nódulo na mama direita e na região axilar, quando procurou a unidade de saúde, onde foi feito diagnóstico de câncer de mama e encaminhada para tratamento. Em sua história familiar constata-se: irmã falecida com câncer de mama há oito anos e mãe hipertensa.

O caso de Dona Letícia é mais comum do que imaginamos: diagnóstico tardio do câncer de mama. A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados, diminuindo as chances de sobrevida das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento. No caso de Dona Letícia o atraso no diagnóstico se deu em razão da não realização do exame clínico das mamas, que deveria ser realizado anualmente, assim como a mamografia, pois a mesma pertence a um grupo de risco de câncer de mama (irmã faleceu devido a câncer de mama).

Para saber mais...

Sobre bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer de mama, veja o módulo "Saúde da Mulher" (COELHO; FRANCO, 2009).

Novo encontro, novos esclarecimentos...

Dona Letícia relata diagnóstico de hanseníase há quatro anos, tendo recebido tratamento por 12 meses. Fazia controle na unidade de saúde perto de onde morava e descreve muita preocupação por parte dos profissionais que a atendiam em relação ao seu tratamento para hanseníase. Refere que sofreu muito durante o tratamento, pois apresentou quadro de neurite, evoluindo com mão em garra. Dona Letícia diz que: "com o problema da hanseníase, eu e os profissionais que me atendiam esquecemos o restante do corpo e o câncer de mama foi descoberto tarde demais".

Para refletir...
Em virtude do diagnóstico de hanseníase, os profissionais de saúde se concentraram no tratamento da doença, negligenciando outros aspectos importantes da saúde da paciente. É muito comum que em indivíduos com determinadas condições de saúde que exigem muito empenho da equipe – como problemas de saúde mental, tuberculose, hanseníase, déficits neurológicos e alguns aspectos preventivos relacionados à saúde –, sejam esquecidos, pelos profissionais da atenção primária, a abordagem de outras condições e práticas preventivas, tais como exame preventivo do colo uterino, exame clínico das mamas e da próstata, entre outros, impedindo a integralidade na atenção.

Dona Letícia, durante o tratamento de hanseníase, teve um surto reacional e evoluiu com deformidade da mão e incapacidade...

A hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente entre as doenças infecto-contagiosas. A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase são o diagnóstico e o tratamento oportunos dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias, em muitas sociedades.

Um pouco mais sobre Dona Letícia...

Dona Letícia teve dois filhos, Gisele (29 anos) e Aldair (25 anos); o último, assassinado há três anos, pois se envolvera com tráfico de drogas. Ela diz que desde a morte do filho sua vida nunca mais foi a mesma, pois ficou muito desiludida, embora jamais estivesse deprimida. D. Letícia é casada com Sr. Arnaldo (55 anos) há 30 anos, com quem tem ótimo relacionamento. Foi colecistectomizada há seis anos, devido à colelitíase. Histórico de hanseníase há quatro anos, evoluindo com comprometimento funcional da mão esquerda. Calendário vacinal: influenza, antipneumocócica e antitetânica em dia. Sempre trabalhou como "do lar".

Durante a visita domiciliar...

Os profissionais da Equipe Verde abordam a família, nos aspectos relativos à doença de D. Letícia. Os familiares compartilham seus medos e suas expectativas, mas dizem estar preparados para a morte de Dona Letícia. Sr. Arnaldo e Gisele se manifestam preocupados quanto à possibilidade do falecimento de Dona Letícia acontecer em horário em que a unidade de saúde encontra-se fechada e de terem que levá-la à Medicina Legal para fornecimento da declaração de óbito. Drª. Renata tranquiliza a família e diz que, caso aconteça o óbito, ela se dispõe a vir até o domicílio da família, se a unidade estiver em horário de funcionamento e, caso contrário, deixará a diretoria da Policlínica de Curupira avisada e o médico de plantão fornecerá a declaração de óbito. A família se mostra bastante tranquila com essa possibilidade. Dona Letícia tem recebido visitas de seu Pastor e dos membros da Igreja que frequenta e diz que está preparada para a morte, pois, de acordo com sua crença, "estará junto de Deus após a morte e terá alívio de seu sofrimento".

Para saber mais...

Para esclarecer dúvidas sobre o preenchimento da declaração de óbito, acesse as publicações: Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito (BRASIL, 2011) e a declaração de óbito: documento necessário e importante (BRASIL, 2006). Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf>

Após uma semana, durante a visita domiciliar...

Drª. Renata, o enfermeiro Pedro Henrique e a ACS Sônia retornam à casa de Dona Letícia e a encontram bem-disposta e referindo melhora significativa dos sintomas dolorosos e respiratórios. Na escala numérica de dor refere "um". No momento está em uso de codeína. Drª. Renata alerta à família para comunicar-se com a equipe em caso de piora da dor, para a reavaliação da medicação analgésica. Pedro Henrique aborda Sr. Arnaldo e Gisele para verificar se estão bem e os mesmos afirmam que sim. A equipe agenda a visita para o período de uma semana, ou antes, se houver demanda da família. Pedro Henrique observa melhora da área de hiperemia em região trocantérica e reforça orientações para prevenção de feridas.

Gisele diz que a agente Sônia sempre passa em sua casa para ver Dona Letícia e em qualquer problema eles farão contato. Agradece muito o cuidado e o carinho que a equipe está tendo com sua família, fato que tem contribuído para sua tranquilidade e de sua mãe.

Finalizando...

A boa comunicação com a família tem por objetivo manter todos os envolvidos no cuidado ao paciente conscientes de todo o processo. Família bem informada torna-se excelente parceira no cuidar, detecta situações de risco precocemente e previne complicações e novas dependências.

A assistência à família inclui a orientação e observação do grau de participação dos componentes da família; ouvir, esclarecer dúvidas quanto aos cuidados prestados ao doente e, principalmente, ensiná-los e supervisioná-los nos cuidados no domicílio; oferecer suporte emocional e acompanhamento até a fase final e, posteriormente, na fase de luto.

Parte 5

O preenchimento da Declaração de Óbito

A responsabilidade do preenchimento da declaração de óbito (DO), por questões legais, mais do que médicas, causa desconforto em alguns médicos, principalmente no início da profissão. Esse temor, muitas vezes infundado, pode gerar grande desconforto para a família quando ocorre o óbito do doente, pois a busca por profissional médico que ateste o óbito pode ser demorada e insatisfatória. Dra. Renata acompanha o caso de Dona Letícia e caso o óbito aconteça em domicílio, em horário de trabalho, é a pessoa mais indicada para preencher a declaração de óbito.

O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução CFM nº 1-290/89, estabelece que: "É dever do médico atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, ainda que o mesmo ocorra fora do ambiente hospitalar, exceto quando se tratar de morte violenta ou suspeita".

> As pessoas sempre me perguntam como é a morte. Digo-lhes que é sublime. É a coisa mais fácil que terão de fazer.
> A vida é dura. A vida é luta. Viver é como ir para a escola. Dão a você muitas lições para estudar. Quanto mais você aprende, mais difíceis ficam as lições. Aquela experiência foi uma dessas lições. Já que não adiantava negar a perda, eu a aceitei. (...) Quando aprendemos as lições, a dor se vai.. (KÜBLER-ROSS)

Atividade 5

Na atividade 1(b) você levantou quais os recursos disponíveis vinculados ou não ao SUS para atendimento da comunidade.

- Entre esses recursos, quais são os destinados à atenção aos usuários em cuidado paliativo?
- Quais os fatores facilitadores e dificultadores dessa atenção?
- Como as famílias têm enfrentado esses problemas do cuidado domiciliar?
- Como as pessoas da comunidade se organizam para ajudar essas famílias?

Descreva as ações realizadas pela equipe para atender ao paciente em cuidado paliativo, no sentido de minimizar os problemas relacionados à doença e à prevenção de possíveis agravos e quais as intervenções junto à família.

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os ou- tros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 6

“Não quero ficar dependente de remédios”

> "A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer de seu próprio conhecimento".
> (Platão).

Nesta seção 6, a partir do caso do Sr. Valdir, são discutidos aspectos relacionados à posição do cliente do sistema de saúde que mostra relutância ao atendimento: "Não quero ficar dependente de remédios".

Para isso, discute-se a questão da adesão ao tratamento. O tema síndrome metabólica é abordado como elemento da situação clínica do Sr. Valdir.

Para aprimorar seus conhecimentos, você é referenciado ao estudo do diabetes mellitus, envolvendo diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento, acompanhamento e prevenção secundária e terciária relacionados a uma das condições crônicas mais prevalentes e responsáveis por elevado número de internações, complicações, sequelas e mortes.

Parte 1

O caso do Sr. Valdir

Após um exaustivo dia de trabalho na Equipe Verde, o ACS Marco Antônio, vindo da área onde fazia suas visitas domiciliares programadas, comunica ao enfermeiro Pedro Henrique que o Sr. Valdir, usuário da unidade de saúde há dois anos, abandonou a medicação contra diabetes, hipertensão arterial e "colesterol alto" há um mês. De acordo com Marco Antônio, Sr. Valdir alega que não quer ficar dependente de remédios: "estou baixando a pressão com chá de folha de chuchu e no momento não sinto absolutamente nada".

O Sr. Valdir tem 58 anos, é viúvo há 10 anos e reside com sua filha, Meire, e seu neto, Gabriel. É portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, além de ser obeso. Trabalhava como motorista de ônibus e se aposentou aos 50 anos. Desde os primeiros atendimentos na unidade de saúde, sempre mostrou certa resistência a seguir as orientações de tratamento, embora fosse assíduo nas consultas médicas e de enfermagem programadas e nas atividades educativas propostas (grupo de hipertensos/diabéticos). Sempre muito alegre, participa ativamente das reuniões, brinca com os outros participantes do grupo e expressa com clareza suas opiniões. Após ouvir as demandas do agente comunitário, Pedro Henrique agenda uma consulta de enfermagem para o Sr. Valdir e pede ao ACS que veja a disponibilidade do usuário. No dia seguinte, o ACS confirma o comparecimento do Sr. Valdir à consulta programada.

Consulta de enfermagem com o Sr. Valdir

O enfermeiro Pedro Henrique, após conversar com o Sr. Valdir sobre assuntos diversos, aborda a questão da não adesão ao tratamento medicamentoso proposto e o mesmo reafirma o que foi dito ao ACS. Diz que está tudo bem e que ultimamente está muito preocupado com seu sítio nas redondezas de Curupira, pois suspeita que estejam roubando algumas de suas galinhas e, por esta razão, ele tem ido frequentemente até lá. Portanto, está sem tempo a perder, tomando tanto remédio...

Pedro Henrique interessa-se pelo assunto e pensa em uma estratégia para sensibilizar o Sr. Valdir sobre a questão da não adesão ao tratamento.

Parte 2

Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento pode ser definida como uma das maiores preocupações no curso das doenças crônicas. O termo adesão é definido como um envolvimento ativo, voluntário e colaborativo do paciente em termos de emitir comportamentos que produzam resultados terapêuticos no sentido de controlar a doença.

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao indivíduo (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde; hábitos de vida e culturais (baixa percepção do risco à saúde relacionado à doença, falta de compreensão e aceitação da doença, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento, no qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento, características dos profissionais de saúde); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (relação profissional de saúde-paciente).

O profissional de saúde tem importante papel no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador da mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e ao contexto vivenciado pelo paciente.

A participação em grupos operativos no Programa de Saúde da Família favorece o apoio social ao indivíduo portador de condição crônica e a ação integrada da equipe multiprofissional em processos de educação em saúde. A informação é um fator-chave para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca de sua saúde, mantendo, assim, sua máxima autonomia.

Para refletir...

"A gente não se liberta de um hábito atirando-o pela janela: é preciso fazê-lo descer a escada, degrau por degrau" (MARK TWAIN).

Voltando ao caso...

O enfermeiro certifica-se do conhecimento que o Sr. Valdir tem acerca do diabetes e da hipertensão arterial, das dificuldades para o seguimento da prescrição e dos efeitos colaterais das medicações. Esclarece sobre a consequência do diabetes sobre os outros órgãos e fala também do pé diabético e dos cuidados que deve ter com os pés.

Valoriza sua preocupação em relação ao problema do sítio, mas enfoca a necessidade de persistência do tratamento para que ele esteja bem para cuidar de seus negócios.

Ao avaliar o usuário, Pedro Henrique verifica que a pressão arterial e a glicemia estão alteradas (PA: 150x95 mmHg e glicemia capilar 188 mg/dL, às 15 h). Ao comunicar o fato ao Sr. Valdir, este fica assustado, pois, como disse anteriormente, nada sentia. O enfermeiro aproveita a oportunidade para enfatizar que um dos principais objetivos do controle da pressão e da glicose está na prevenção de futuras complicações; o fato de estar assintomático não significa melhora.

O enfermeiro, após discutir o caso com Dra. Renata, orienta retorno do paciente para consulta médica em uma semana, reforça o uso correto das medicações e o reencaminha para participação no grupo operativo. Atendendo ao protocolo da unidade, solicita exames laboratoriais (glicemia de jejum, glico-hemoglobina, colesterol total, HDL e LDL e triglicérides) e orienta ao ACS que mantenha vigilância sobre o caso.

Consulta médica

Drª. Renata avalia o Sr. Valdir e verifica que ele reiniciou o uso das medicações desde a consulta com o enfermeiro Pedro Henrique. Ele diz que ficou com medo de ter derrame ou coisa pior, assim como aconteceu com alguns conhecidos que se recusaram a aderir ao tratamento. Relata que sua pressão e glicose estavam alteradas no dia da consulta de enfermagem. Está em uso de: captopril 25 mg 2 x/dia, sinvastatina 40 mg/dia, metformina 850 mg 2x/dia e AAS 100 mg/dia.

Ao exame clínico a pressão arterial encontra-se em 125X80 mmHg.

Exames laboratoriais solicitados há uma semana:

Glicemia jejum = 170 mg/dL (normal até 99), colesterol total = 250 mg/dL (normal até 200), HDL= 37 mg/dL (normal acima de 45), LDL= 177 mg/dL (normal abaixo de 100), triglicérides= 180 mg/dL (normal abaixo de 150).

A médica orienta sobre dieta, atividade física e uso correto da medicação. Reforça a importância do controle adequado da glicemia, da hipertensão, da dislipidemia e do peso para prevenção de complicações futuras. Agenda o retorno no grupo de diabéticos/ hipertensos.

Na história pregressa do Sr. Valdir há relato de óbito familiar precoce (40 anos) de sua mãe, por "doença do coração". Nega histórico familiar de câncer. Nunca fumou. Nega uso de bebida alcoólica. Diz que fez cirurgia para correção de hérnia inguinal há oito anos. Sem passado de internação por problemas clínicos. Imunização: antitetânica, pneumocócica e influenza em dia. Atualmente assintomático. Rastreamento para câncer de próstata, câncer colo-retal e de pele há seis meses, sem anormalidades.

Abordagem do enfermeiro

Pedro Henrique conversou com o Sr. Valdir, reforçou as orientações dadas pela médica e discutiu algumas estratégias de acompanhamento, tendo boa aceitação.

Fatores de risco

Observe que o Sr. Valdir possui uma série de fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade abdominal. Ele preenche todos os critérios para a chamada síndrome metabólica.

Parte 3

Síndrome Metabólica

A síndrome metabólica (SM) é um complexo transtorno, representado por um conjunto de fatores de risco cardiovasculares usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência a insulina. É caracterizada por obesidade abdominal, baixos níveis séricos de HDL, altos níveis séricos de triglicerídeos, hipertensão e o próprio diabetes. É importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em torno de 1,5 vez e a cardiovascular em aproximadamente 2,5 vezes.

A SM representa a combinação de pelo menos três componentes dos apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III

Componentes	Níveis
Obesidade abdominal por meio da circunferência abdominal	Homens: < 102cm Mulheres: < 88cm
Triglicerídeos	> 150 mg/dL
Colesterol HDL	Homens: < 40mg/dL Mulheres: < 40 mg/dL
Pressão arterial sistólica e diastólica	Sistólica: >130mm.Hg Diastólica: > 90mm.Hg
Glicemia de jejum	> 110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005).

A presença de diabetes *mellitus* não exclui o diagnóstico.

NCEP-ATP III: *National Cholesterol Program – Adult Treatment Panel III*

O alvo principal do tratamento da SM é o controle da obesidade. A perda de peso melhora o perfil lipídico, abaixa a pressão arterial e a glicemia, além de melhorar a sensibilidade à insulina, reduzindo o risco de doença aterosclerótica. Esse tratamento deve ser baseado em modificações do estilo de vida: aumento da atividade física e modificação da alimentação, evitando dieta aterogênica. As metas para o tratamento da síndrome metabólica estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4. Metas para o tratamento da síndrome metabólica

Glicemia plasmática Jejum Pós-prandial (2 horas)	< 110 mg/dL < 140 mg/dL
Hemoglobina glicosilada no diabetes	< limite superior do método
Colesterol total	< 200 mg/dL
Colesterol HDL (*high density lipoprotein*)	> 50 mg/dL
Colesteroal LDL (*low density lipoprotein*)	< 100 mg/dL
Triglicerídios	< 150 mg/dL
Pressão arterial	Sistólica: < 130 mmHg Diastólica: <130 mmHg
Peso	Perda sustentada de 5 a 10%

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005).

Para mais detalhamentos sobre o diabetes *mellitus*, estude a parte 9 da seção 7, "Falando sobre o diabetes *mellitus*"

Para praticar...

Vamos calcular o risco cardiovascular do Sr. Valdir. Veja a parte 8 da seção 7 - Avaliação do risco cardiovascular. De acordo com o critério de risco de Framingham para homens:

1 – Existe doença aterosclerótica clinicamente manifesta ou seus equivalentes? Sim (diabetes *mellitus*). Portanto, risco superior a 20% /10 anos (alto risco).

2 – Cálculo do Escore de Risco (Framingham)

a) Idade 58 anos - Pontuação: 4

b) É diabético: sim - Pontuação: 2

c) É tabagista: não - Pontuação: 0

d) Valor colesterol LDL 177 mg/dL - Pontuação: 1

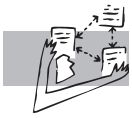
e) Valor colesterol HDL: 37 mg/dL - Pontuação: 1

f) Valor da PA: 137,5 X 87,5 mmHg (média das duas últimas mensurações) – Pontuação: 1

Soma dos pontos: 9 pontos - Risco cardiovascular em 10 anos: 22% (alto risco)

Em virtude do Sr. Valdir apresentar alto risco cardiovascular, além da medicação para diabetes, hipertensão e dislipidemia, ele faz uso de antiagregante plaquetário (AAS).

Drª. Renata mantém a medicação e deseja reavaliá-lo em três meses, com novos resultados de exames. Pedro Henrique marcou semanalmente com o Sr. Valdir o comparecimento na UBS para verificar a glicemia capilar e aferir a pressão arterial e três vezes por semana para participar do grupo de caminhada. Quanto à alimentação, foi orientado de acordo com o protocolo do Programa de alimentação saudável elaborado pela Equipe Verde com a participação da nutricionista do NASF (parte 3, sessão 7 - Programa de alimentação saudável).



Atividade 6

Descreva a proposta de atendimento e monitoramento para os pacientes diabéticos da sua área de abrangência. Caso não tenha uma proposta sistematizada, construa em conjunto com a equipe e a apresente.

Guarde esta atividade no seu arquivo. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 7

Desenvolvendo conceitos e habilidades

Nesta seção 7 vamos compilar os textos de aprofundamento conceitual e operacional que são apoio aos casos relatados nas seções anteriores. A partir de citações que você viu nos textos, você foi remetido para a leitura das partes desta seção. Poderá, também, em qualquer momento, retomar e aprofundar esses temas, com suas notas pessoais, citações e referências importantes – escreva suas observações nas margens do módulo.

Assim, veremos:

Parte 1 - Check up e Avaliação Periódica de Saúde

Parte 2 - Programa de atividade física

Parte 3 - Programa de alimentação saudável

Parte 4 - Programa de prevenção e controle do tabagismo

Parte 5 - Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

Parte 6 - Quadro clínico de infecção do trato urinário

Parte 7 - Hipertensão arterial sistêmica

Parte 8 - Avaliação do risco cardiovascular

Parte 9 - Falando de diabetes mellitus

Parte 1

Check up e Avaliação Periódica de Saúde

Check up é expressão amplamente utilizada pelos pacientes. No passado, consistia num exame periódico de saúde, de caráter geral, do qual constavam extensa entrevista e a realização de uma bateria de exames complementares. O check up não levava em consideração o intervalo de tempo a ser realizado, nem as especificidades inerentes a cada um dos indivíduos que a ele se submetia. Além disso, implicava altos custos para o sistema de saúde ou para os próprios indivíduos. Outro aspecto relevante é o que se referia aos riscos de uma prática sistemática e indiscriminada de realização de exames complementares, que não levava em conta fatores relacionados aos testes diagnósticos.

Em vez de check up, atualmente propõe-se a expressão Avaliação Periódica de Saúde (AvPS) ou Revisão periódica de saúde (RvPS). Trata-se de uma abordagem que visa, principalmente, a preservar ou melhorar a saúde dos indivíduos, além de detectar e prevenir precocemente as doenças. A AvPS tem caráter seletivo, orientado pela idade/fases do ciclo de vida, sexo e fatores de risco específicos de cada indivíduo. Sua periodicidade, portanto, é dependente do perfil de risco de cada pessoa.

São componentes da AvPS:

- A entrevista e o exame clínico seletivos;
- a detecção de padrões de autocuidado e fatores de risco;
- o rastreamento de doenças em fase inicial ou de fatores de risco passíveis de modificação;
- o aconselhamento e intervenções cognitivo-comportamentais que promovam hábitos saudáveis;
- a imunização;
- a quimioprevenção.

Para implementar ações de AvPS no contexto da equipe de saúde, devem ser revistas as discussões sobre os módulos Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde (FARIA et al., 2009), Processo de Trabalho em Saúde (FARIA et al., 2009), Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS,; FARIA; e SANTOS, 2009) e Práticas Educativas em Atenção Básica em Saúde (VASCONCELOS, ; GRILLO; e SOARES, 2009), para fundamentar o planejamento, a estruturação, o desenvolvimento e a avaliação do programa de AvPS na unidade de saúde. Além disso, é de fundamental importância que a equipe tome a educação permanente em saúde como uma prática constante, pois somente ela pode viabilizar a atualização dos conceitos, a revisão de literatura, o treinamento da equipe e a avaliação crítica desse processo, que deve ser conduzido pela unidade como um todo. Finalmente, há de se lembrar que a incorporação da AvPS requer considerações de ordem técnico-político-financeira, sem as quais não se sustentam como um programa permanente da UBS.

Parte 2

Programa de atividade física

De acordo com Buchner (2009), um programa de atividade física regular traz numerosos benefícios e constitui um componente essencial do estilo de vida saudável. Para o referido autor, as características do indivíduo e do ambiente social e físico vão influenciar os níveis de atividade física para cada pessoa.

A Equipe Verde tem para si, de forma muito clara, que a atividade física re- gular reduz o risco de mortalidade prematura, doença cardiovascular, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial, alguns transtornos lipídicos, diabetes mellitus, osteoporose, câncer de cólon, câncer de mama e obesidade.

No Programa de Atividade Física, a Equipe Verde adota as seguintes terminologias:

- Atividade física – referindo-se a movimento do corpo, produzido por músculo-esqueléticos, com consequente gasto de energia;
- exercício físico – refere-se a um subconjunto da atividade física, envolvendo um programa estruturado e planejado com o objetivo de melhorar um ou mais componentes da aptidão física.
- aptidão física – refere-se à capacidade de um indivíduo para realizar atividade física.
- aptidão física relacionada com a saúde – refere-se aos componentes da aptidão que influenciam o risco de doença e/ou produzem limitações funcionais, tais como capacidade aeróbica, força, resistência muscular, composição corporal e flexibilidade.

Para que o protocolo de atividade física possa ser preenchido adequadamente pela equipe, alguns termos são consensuados, tais como:

- Tipo – referindo-se à espécie/qualidade da atividade/exercício (caminhada, natação, alongamento, etc.).
- Frequência – refere-se ao número/quantidade de vezes em que a

atividade é executada na semana.

- Duração – relaciona-se com o tempo destinado à atividade cada vez em que ela é executada.
- Intensidade – refere-se ao gasto metabólico, ao consumo de oxigênio implicado na atividade. Na prática, a frequência cardíaca (FC) máxima é usada como estimativa da intensidade relativa da atividade, podendo esta ser classificada em leve, moderada e intensa, em que os percentuais da FC máxima se encontram nas faixas até 54, 69 e 89%, respectivamente, para cada indivíduo que, regra geral, é estimada com base na fórmula: FCmáx= 220 - idade.

Finalmente, e para que o protocolo de atividade física da Equipe Verde possa proporcionar informações que possibilitem o acompanhamento sistemático dos usuários, as atividades físicas são classificadas de acordo com seus principais efeitos fisiológicos em: aeróbicas ou cardíacas, de fortalecimento muscular, de flexibilidade ou de equilíbrio.

Para refletir...

Os benefícios da atividade aeróbica para a saúde são muito mais evidentes e extensos, quando comparados aos outros tipos de atividade. Isto não implica que alongamentos e outros exercícios não possam ser realizados isoladamente – quando se constitui numa opção individual ou mesmo em uma indicação terapêutica – ou em conjunto com exercícios aeróbicos.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte e o Departamento de Saúde do Reino Unido estabelecem que os indivíduos adultos devam praticar pelo menos 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, cinco ou mais vezes por semana, para que possam se beneficiar em termos de redução da incidência de morbidade e mortalidade (CFM/AMB). O Quadro 5 apresenta algumas modalidades de atividade física, de acordo com o grau de intensidade das mesmas.

Quadro 5. Atividades físicas classificadas de acordo com a intensidade

Baixa intensidade – Caminhar lentamente, pedalar bicicleta ergométrica lentamente, nadar lentamente, varrer o chão da casa, exercícios de alongamento, trabalho de carpintaria.
Moderada intensidade – Caminhar rapidamente, passear de bicicleta, nadar com moderado esforço, limpar a casa.
Alta intensidade – Caminhar com carga no plano, rapidamente; correr; pedalar bicicleta rapidamente; nadar rapidamente; ginástica aeróbica, tênis simples.

Fonte: adaptado de Duncan (2004).

Alguns aspectos são absolutamente importantes quando nos referimos à prática sistemática da atividade física quando prescrita: para quem indicar, como indicar e como estimular a manutenção da atividade. A prescrição de atividade física para adultos, de forma geral, deve ser feita levando-se em conta idade e/ou fatores de risco ou doenças que impeçam

sua prática. Recomenda-se, portanto, realizar triagens orientadas por protocolos da unidade de saúde.

Outro aspecto a ser observado é o que se refere à orientação para iniciar a atividade física, quando o indivíduo é considerado apto a fazê-la. Falta de uma prática sistemática e tempo de sedentarismo são fatores que devem ser levados em consideração, de forma que a atividade física seja orientada objetivando-se atingir graus progressivos de evolução e atentando-se para quaisquer sintomas durante sua prática. A atividade física deve ser precedida por atividades de alongamento e aquecimento e finalizada por atividades de esfriamento (relaxamento). As orientações devem considerar, ainda, o uso de vestimentas adequadas e também locais e horários adequados para efetiva prática da atividade física.

Tendo em vista os baixos percentuais de manutenção da atividade física prescrita, recomenda-se aos profissionais que se façam rastreamentos constantes de tal prática e que, em conjunto com o poder público local, definam estratégias para aumentar o contingente da população fisicamente ativa nas comunidades.

A meta é aumentar, mesmo que pouco, a atividade física para todos os indivíduos, estimulando que os sedentários passem a ser um pouco ativos, os pouco ativos se tornem regularmente ativos, os regularmente ativos passem a ser muito ativos e os muitos ativos mantenham esse nível de atividade física.

Parte 3

Programa de alimentação saudável

A Equipe Verde reconhece a importância da alimentação saudável e trabalha para que estratégias direcionadas para esse fim sejam adotadas não somente na unidade de saúde – para serem praticadas com os indivíduos e famílias –, mas também conjugada com políticas públicas como, por exemplo, as adotadas nas escolas, centros de referência, instituições para idosos.

Protocolo para uma dieta saudável

Ciente de que o papel da equipe de atenção primária é orientar a alimentação no tocante aos seus princípios básicos e não necessariamente estabelecer cálculos referentes ao conteúdo calórico dos alimentos, a Equipe Verde estabeleceu assim o protocolo do programa de alimentação saudável:

1ª etapa: conduzir uma entrevista com o usuário sobre os hábitos alimentares, objetivando a realização de inventário dietético que contemple número, horários, composição, quantidades, frequência e duração das refeições, não se esquecendo de relatar como se alimenta, onde e como – sozinho ou acompanhado. Esse inventário deve conter informações sobre o padrão alimentar de alguns dias consecutivos, englobando, nestes, fins de semana e/ou feriados. O relato deve contemplar os seguintes alimentos: pães e cereais, vegetais (frutas, folhas, legumes, raízes), carnes (vermelhas e/ou brancas – com ou sem gordura, peixes), ovos, laticínios (integral, desnatado, light, diet), gorduras (líquidas, sólidas), refrigerantes, bebidas alcoólicas, outras bebidas (suco, café, chás), açúcares (refinados, não refinados, adoçantes), sal e outros temperos.

2ª etapa: classificar a dieta – balanceada ou não balanceada (quanto ao aporte calórico, em geral; de carboidratos, de proteínas, de gorduras, de fibras).

3ª etapa: realizar orientações. Se o usuário está com a dieta balanceada, com peso dentro da faixa da normalidade e não apresenta morbidades, reforçar os princípios da dieta saudável. Caso o usuário não apresente morbidades, mas se encontre em dieta não balanceada, orientá-lo em relação à correção. Se o usuário apresentar morbidades, como, por exemplo, diabetes, gota, dislipidemia, hipertensão, a equipe de saúde deve proceder às orientações específicas de acordo com o quadro. Cabe ressaltar que todo esse processo precisa ser conduzido de acordo com os princípios estabelecidos na entrevista motivacional – levando-se em conta o tempo e o acompanhamento do peso. Tendo em vista que em muitos casos o papel da equipe consiste no estímulo aos hábitos saudáveis, a Equipe Verde prescreve as seguintes orientações:

1. Realizar em torno de cinco a seis refeições ao dia;
2. ajustar o aporte calórico ao peso desejável (IMC inferior a 25 kg/m2);
3. limitar a ingesta de gordura a até 25% do aporte calórico, em média, sobretudo a saturada e as trans (hidrogenadas), substituindo-a, sempre que possível, por insaturadas;
4. manter ingesta de carboidratos em torno de 60% do aporte calórico, em média;
5. ingerir alimentos que contenham carboidratos complexos e fibras (em torno de sete porções diárias de combinação vegetais e frutas e em torno de seis porções de alimentos ricos em amidos não refinados e leguminosas);
6. consumir proteínas em quantidades moderadas (até 15% do aporte calórico, em média);
7. consumir laticínios com moderação (em torno de duas a três porções diárias de laticínios com baixo teor de gorduras);
8. ingerir sal em quantidades pequenas (limitada a, no máximo, 5 a 6 g/dia, o que corresponde a aproximadamente 2,0 a 2,4 g de sódio);
9. priorizar sucos naturais, em vez de refrigerantes;
10. evitar uso abusivo de bebidas cafeinadas e alcoólicas;
11. fazer atividade física todos os dias (realizando caminhadas, andando a pé, subindo escadas, praticando esportes, dançando, realizando atividades domésticas, etc.).

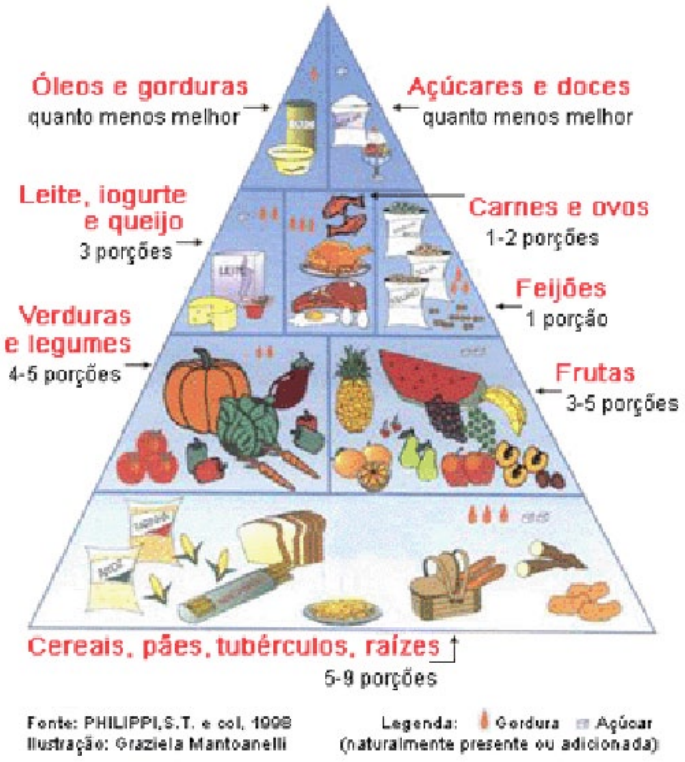
De outra forma, a Equipe Verde está atenta aos hábitos comportamentais mais comumente observados em indivíduos que não atendem a uma dieta saudável e balanceada e não equilibram suas ingestas com seus gastos, quais sejam: comem grandes porções de alimentos; preferem alimentos de alta densidade calórica, ricos em gordura saturada, açúcares

Para saber mais...

Para aprendizado e reflexão sobre as possibilidades das intervenções comportamentais, recomendamos a seguinte leitura:
DIAS, R.B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento: a entrevista motivacional. In: DIAS, R.B.; PEREIRA, A.A. (org.). Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica (série Nescon de Informes Técnicos,n. 3). NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 44 p.

simples e sódio; ingerem pouca quantidade de alimentos ricos em fibras; beliscam alimentos frequentemente; ingerem grandes quantidades de doces; ingerem alimentos compulsivamente ou comem exaustivamente em situações de estresse emocional; e se mantêm em absoluta inatividade física (BRASIL, 2007).

Com o propósito de tornar a orientação sobre a alimentação saudável uma atividade prática, flexível e que contemple o universo cultural, econômico e as preferências do usuário, a Equipe Verde lança mão da pirâmide alimentar, conforme demonstrado na Figura 3.



Fonte: PHILIPPI, S. T. e col. 1998.

Figura 3: Pirâmide alimentar.

Entendidos os princípios que regem a representação da pirâmide alimentar, o profissional de saúde deverá traçar, em conjunto com o usuário, um plano alimentar diário que contemple suas necessidades e preferências.

Para saber mais...

A pirâmide alimentar é um instrumento de orientação nutricional utilizado por profissionais com o objetivo de promover mudanças de hábitos alimentares visando à saúde global do indivíduo e à prevenção de doenças. Trata-se de uma representação gráfica facilitadora para a visualização dos alimentos, assim como a sua escolha nas refeições do dia-a-dia (PHILIPPI *et al.*, 1999).

Parte 4

Programa de prevenção e controle do tabagismo

A partir do programa de educação permanente, levado a efeito pela equipe de Saúde da Família, todos os trabalhadores da saúde possuem um razoável conhecimento acerca dos programas orientados para redução ou cessação de vícios. Neste sentido, alguns termos devem ter clara compreensão para toda a equipe, favorecendo a comunicação mais fluida e resolutiva entre os profissionais de saúde.

Ao promover o rastreamento em relação à exposição ao tabaco, o programa de prevenção e controle do tabagismo da Equipe Verde considera os seguintes itens, que se encontram dispostos em seu protocolo: forma, tipo, tempo e frequência de exposição. Com base nesses dados é possível calcular, inclusive, a carga tabágica, que guarda relação bastante direta com os efeitos, em longo prazo, da exposição ao fumo. De outra forma, e para identificar usuários dependentes de nicotina, a equipe aplica o teste de Fageström (Quadro 6), que possibilita, entre outras informações, avaliar a necessidade de tratamento farmacológico da dependência da nicotina.

Obviamente que o protocolo da Equipe Verde para abordagem do tabagismo, além das informações já assinaladas, considera as várias possibilidades de intervenção, os papéis dos profissionais de saúde nesse processo e a forma de acompanhamento por parte da equipe – considerando todas as possibilidades de intervenções terapêuticas.

Quadro 6. Teste de Fageström

Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
após 60 minutos – 0 ponto	0
entre 31 e 60 minutos – 1 ponto	1
entre seis e 30 minutos – 2 pontos	2
nos primeiros cinco minutos – 3 pontos	3
Você encontra dificuldades em evitar fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, *shoppings*, etc.?	
não – 0 ponto	0
sim – 1 ponto	1
Qual o cigarro mais difícil de largar de fumar?	
qualquer outro – 0 ponto	0
o primeiro da manhã – 1 ponto	1
Quantos cigarros você fuma por dia?	
menos de 10 cigarros – 0 ponto	0
entre 11 e 20 cigarros – 1 ponto	1
entre 21 e 30 cigarros – 2 pontos	2
mais de 30 cigarros – 3 pontos	3
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
não – 0 ponto	0
sim – 1 ponto	1
Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado na maior parte do dia?	
não – 0 ponto	0
Sim – 1 ponto	
Soma dos pontos: 0 a 4 – dependência leve; 5 a 7 – dependência moderada e 8 a 10 --dependência grave	1

Fonte: adaptado do II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CONSENSO, 2004).

Vale ressaltar a importância que as ações de caráter comunitário têm no processo de prevenção do uso do tabaco. Essas ações requerem a participação não somente das equipes de atenção básica, mas a mobilização de todo o poder público e da comunidade civil.

Lembre-se de que a exposição ao fumo é responsável por um quadro alarmante, em todo o mundo, relacionado à carga de doenças, de incapacidade e de mortalidade. E, entre todas as ações passíveis de prevenção, as que se relacionam com esse importante fator de risco são as que mais benefícios trazem à população exposta, ao sistema de saúde e à sociedade.

Para saber mais...

Se sua equipe deseja conhecer mais sobre ações relacionadas à prevenção e controle do uso de tabaco consulte as recomendações do Instituto Nacional do Câncer: passo a passo para deixar de fumar. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/folder/index.html>

Parte 5

Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

Algumas das razões para a sinalização da questão do etilismo como prioridade e responsabilidade de toda uma equipe de Saúde da Família podem ser vistas a seguir:

- Historicamente, etilismo é atribuído a problemas relacionados à falta de caráter e/ou de força de vontade. A abordagem ao alcoolismo, por muito tempo, esteve fora da agenda dos profissionais de saúde;
- o problema do alcoolismo esteve ligado às classes marginalizadas e ao submundo das contravenções, portanto, não sendo considerado uma questão que comprometesse a população, em sua maioria;
- nos dias atuais, sabe-se que os problemas ligados ao álcool – entre todos os fatores de risco passíveis de prevenção – assumem a posição primeira quando se consideram gastos com saúde, incapacidades e mortalidade por causa direta e indireta, ausência, improdutividade e acidentes no trabalho, acidentes no trânsito, homicídios, suicídios e agressões físicas e transtornos sociais e familiares;
- os problemas ligados ao álcool talvez figurem como o mais "democrático" de todos os fatores de risco, haja vista não escolherem sexo, idade, raça, classe socioeconômica ou nacionalidade;
- hoje, os conhecimentos sobre a abordagem aos problemas relacionados ao álcool estão ao alcance de todos os profissionais de saúde – uma vez que é considerado uma doença/transtorno e, considerado como o maior problema de saúde pública no mundo, passou a ser alvo das políticas de saúde;
- os profissionais de saúde, ao largo de todo o mundo, vêm abandonando suas posições céticas a respeito dos problemas relaciona-

dos ao álcool e assumindo postura de acolhimento aos usuários dessa substância. Dessa forma, os conhecimentos científicos, as estratégias de abordagem e os efeitos destas vêm indicando importante avanço em relação a uma condição que até há bem pouco tempo era ignorada pelas políticas de saúde;

- finalmente, cumpre alertar que os problemas relacionados ao álcool devem estar na agenda de todos os profissionais de saúde – qualquer que seja o nível de cuidado, da atenção primária ao cuidado terciário – e de todas as instituições do poder público e privado, haja vista sua magnitude e sua dimensão epidemiológica, exigindo de todos os envolvidos uma postura ética, profissional, humana e livre de preconceitos.

Com o objetivo de tornar as ações mais eficazes e eficientes, a Equipe Verde estruturou os princípios para a elaboração de seu protocolo de abordagem ao alcoolismo, após sucessivas reuniões de equipe, conforme demonstrado no Quadro 7.

Quadro 7. Princípios para elaboração de protocolo de abordagem do alcoolismo

1. Investigar o consumo de álcool por parte de todo usuário que for assistido pela unidade de saúde;
2. levantar o padrão de consumo por parte dos usuários confirmados de álcool;
3. caracterizar o modo de utilização do álcool (critérios diagnósticos);
4. definir a estratégia de abordagem, de acordo com a caracterização do modo de utilização;
5. exercer a coordenação do cuidado em relação a todo usuário que recebe atenção no programa;
6. utilizar da rede de suporte social – Alcoólicos Anônimos, Centros de Atenção Psicossocial, Igrejas, Organizações não governamentais, e outros recursos da comunidade;
7. dispensar suporte às famílias e aos usuários em regime de internação ou reclusão.

Para saber mais...

Na América Latina, em torno de 16% dos anos potenciais de vida útil perdidos o são em decorrência do consumo de álcool – índice quatro vezes mais alto que no restante do mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (O' CONNOR, 2009).

Chamamos a atenção para alguns aspectos de grande importância no manejo de usuários com problemas relacionados ao consumo de álcool: o primeiro se refere à história natural do processo de instalação da dependência; e o segundo enfatiza a importância da identificação, pela equipe, de usuários de bebidas alcoólicas em situação de risco, haja vista o prognóstico mais favorável, quando a abordagem é feita nessa fase.

A história natural dos problemas relacionados ao uso de álcool pode ser pontuada com o início do consumo atrelado às atividades sociais, a partir das quais o indivíduo passa a consumir bebidas alcoólicas com frequência e quantidades cada vez maiores. Segue-se o consumo excessivo que, então, passa a se responsabilizar pelos problemas de ordem familiar, social, psicológica e física. Imerso no universo de um beber excessivo, de estereotipia e de compulsão, o indivíduo se encontra, nessa fase, totalmente em estado de dependência do álcool.

Embora se reconheça a importância de, a qualquer momento, os profissionais de saúde estarem habilitados a fazer diagnósticos de problemas relacionados ao uso de álcool, é de fundamental importância que, no âmbito da atenção primária, a equipe esteja capacitada para identificar os denominados bebedores de risco, qual seja, aqueles inclusos nas categorias de bebedores excessivos e de uso nocivo.

A identificação de usuários nessas categorias possibilita à equipe abordagem mais eficaz, quando muitos dos problemas psicossociais ainda são passíveis de sofrerem intervenções satisfatórias e os problemas clínicos serem, se não curados, ao menos atenuados. Nesse sentido, é imprescindível abordagem multiprofissional, contando, assim, com os profissionais do NASF e as redes sociais.

Para saber mais...

Para aprofundar seus conhecimentos sobre alcoolismo e outras drogas consulte:
Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas <http://www.abead.com.br>; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas <http://www.senad.gov.br> e o Módulo de Saúde Mental (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Parte 6

Quadro clínico de infecção do trato urinário

A infecção do trato urinário (ITU) figura como o segundo tipo mais frequente de infecção na população geral, com predomínio, em adultos, do sexo feminino. Estima-se que cerca de 40 a 50% das mulheres adultas terão pelo menos um episódio de ITU durante a vida e em cerca de 20% dos casos as mulheres desenvolverão recorrências. Na maioria dos casos, as mulheres se apresentam com trato urinário aparentemente normal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2005).

A ITU pode comprometer o trato urinário inferior – neste caso, denominada ITU baixa ou cistite – ou afetar simultaneamente o trato superior e inferior – neste caso denominada de ITU alta ou pielonefrite, ocasionando bacteriúria sintomática ou assintomática.

Quanto à forma de apresentação, as ITUs podem ser agudas ou crônicas, de origem comunitária ou hospitalar, ocasional, recorrente ou persistente e complicada ou não. Infecções recorrentes são definidas pela ocorrência de dois episódios em seis meses ou três em um ano de infecção urinária sintomática. As infecções recorrentes podem se apresentar como recidiva – quando o agente infeccioso é suprimido pelo agente antibacteriano e, após a suspensão deste, o organismo reaparece – ou reinfecção – quando o organismo é erradicado pelo tratamento e, após sua suspensão, novo agente é identificado. Regra geral, essa última condição é mais frequente que a recidiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2005; BARROS; THOMÉ, 2004).

Vários fatores predispõem à ITU, porém, no sexo feminino existe, em grande parte dos casos, correlação com as especificidades anatômicas, episódios prévios de cistite, ato sexual, uso de espermicidas e higiene precária.

O agente etiológico responsável por cerca de 70 a 90% dos episódios de ITU adquiridas na comunidade é a Escherichia coli. Uropatógenos tais como o Staphylococcus saprophyticus, cepas Gram-negativas como

Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Pseudomonas e outros têm participação menos frequente nos casos de ITU não complicada, mas aumentam sua incidência nas ITUs do idoso, de crianças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2005; BARROS; THOMÉ, 2004).

O diagnóstico de cistite sintomática apoia-se no quadro clínico de disúria, urgência miccional, polaciúria, nictúria, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e desconforto suprapúbico. Febre não é comum. A urina pode se revelar turva ou avermelhada. Já a pielonefrite pode se iniciar ou não como um quadro de cistite acompanhada de febre, calafrios e dor lombar uni ou bilateral. O cortejo clínico de um quadro infeccioso agudo pode estar presente.

Deve-se fazer diagnóstico diferencial com vaginites, uretrites, cistites inflamatórias, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e divertículos da uretra.

Na atenção primária, com o intuito de antecipar evolução desfavorável, é prudente que se considerem alguns fatores de risco que aumentam a chance da infecção urinária se tornar complicada, tais como: fatores obstrutivos, doenças metabólicas, imunodeficiências, infecção refratária ao tratamento e infecções em homens.

Diagnóstico laboratorial de ITU não complicada

Na maioria dos casos de ITUs ocasionais, não complicadas, em pacientes jovens do sexo feminino, o exame de urina tipo I, com leucocitúria, bacteriúria e, eventualmente, hematúria, além do quadro clínico, é suficiente para selar o diagnóstico. Alguns autores advogam até mesmo a não necessidade, nessas circunstâncias, do exame de urina tipo II (POMPEO *et al.*, 2004). A urocultura tem sua importância diante da falha de tratamento empírico, de forma a orientar nova conduta terapêutica, a partir da realização do teste de sensibilidade in vitro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2005).

Diante dos fatores de risco assinalados, uma investigação orientada e exames complementares adicionais podem estar recomendados.

Tratamento de ITU não complicada

Evidências demonstram que tratamentos de curta duração na cistite não complicada, em indivíduos imunocompetentes, são bastante eficazes. Atenção especial deve ser dispensada às grávidas, aos hipersensíveis, aos imunocomprometidos, às infecções recorrentes, aos diabéticos, aos idosos e às infecções no homem.

Bacteriúria assintomática – definida pela presença de 100.000 ou mais UFC/mL da mesma bactéria em duas amostras consecutivas de urina, na mulher assintomática, sexualmente ativa, não grávida, sem fatores de risco – não requer tratamento (BARROS; THOMÉ, 2004).

Pacientes jovens, do sexo feminino, com ITU primária, ocasional, sem fatores agravantes, com base no diagnóstico clínico e nos achados do exame de urina tipo I podem ser tratadas empiricamente, dispensando-se a realização da cultura de urina e o teste de sensibilidade aos antibacterianos (RORIZ-FILHO, 2010).

O protocolo das Sociedades Brasileira de Infectologia e Brasileira de Urologia (2005) refere que esquemas utilizando antibacterianos cotrimoxazol, fluorquinolonas ou fosfomicina trometamol, com duração de três dias, em geral, tem eficácia superior a 90% nas cistites não complicadas. Atendendo a critérios de disponibilidade, custo e efeitos adversos, tal protocolo recomenda:

Tratamento da ITU não complicada na mulher jovem, regime de três dias

- Sulfametoxazol-trimetoprim: dois comprimidos (400/80 mg), de 12/12 h.
- Norfloxacino: um comprimido (400 mg), de 12/12 h.
- Ciprofloxacino: um comprimido (500 mg), de 12/12 h.

Esquemas alternativos para tratamento da ITU não complicada na mulher jovem

- Amoxicilina: um comprimido (500 mg), de 8/8 h, durante três dias;
- Cefalexina: um comprimido (500 mg), de 6/6 h ou 8/8 h, durante três dias;
- Nitrofurantoína: um comprimido (100 mg), de 6/6 h, durante sete dias;
- Ácido pipemídico: um comprimido (400 mg), de 12/12 h, durante sete a 10 dias.

A recidiva de ITU sintomática deve ser tratada por período mais longo de tempo; em geral, sete a 14 dias.

Em casos de falha terapêutica ou de recorrência do quadro, atentar para uso inadequado da medicação, resistência ao antibacteriano ou quadro complicado. Exames de imagem somente se justificam caso haja suspeita de ITU complicada.

Nos casos de ITUs recorrentes, não complicadas, em mulheres jovens, está indicada a quimioprofilaxia. Caso a recorrência se faça a intervalos curtos, a preferência pode recair sobre o tratamento regular. Nos casos

em que se recorre à quimioprofilaxia, a opção pode ser feita entre nitrofurantoína (50 a 100mg), norfloxacin (200 a 400 mg) ou sulfametoxazol-trimetoprim (800/160 mg), em dose única diária, pelo período de seis meses, com larga experiência na literatura em relação à primeira. A opção por uma dessas drogas está condicionada à escolha por parte das pacientes, bem como a eventuais intolerâncias ou hipersensibilidade às mesmas. Nestes casos, em função do alto percentual de desenvolvimento de resistência, está indicada a urocultura.

Cabe ressaltar que a quimioprofilaxia não necessariamente impede o desenvolvimento de novo episódio de ITU; porém, há evidências da redução da frequência dos mesmos.

Nos casos em que há clara relação dos episódios de ITU com o ato sexual, a droga pode ser usada antes das relações sexuais.

O tratamento da ITU não complicada, ocasional, em homens, deve ser mais prolongado, com duração, em média, de sete a 14 dias.

Prevenção de ITU em mulheres

Orientações preventivas, embora careçam de evidências sistemáticas, referem-se à ingestão regular de líquidos, micções periódicas e completas, principalmente após o ato sexual e em mulheres que usam diafragma. Deve-se recomendar às mulheres evitar o uso de absorventes internos e orientá-las quanto à higiene local. Atividade sexual, alto número de parceiros, uso de diafragma e espermicidas comprovadamente se constituem em fatores de risco. Em caso de uso de lubrificante durante o ato sexual, a escolha deve recair sobre os preparados à base de água.

Parte 7

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco bem-estabelecido para todas as manifestações da doença aterosclerótica, podendo ocasionar diversas complicações para o indivíduo, entre as quais: acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

1. Classificando a Pressão Arterial

Para a classificação da HAS podem ser usados os dados do Quadro 8.

Quadro 8. Recomendações para seguimento baseadas na medida inicial da pressão arterial, para adultos sem lesões em órgão-alvo

Pressão Arterial Inicial*	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	Seguimento**
Normal	Até 120	Até 80	Reavaliar em dois anos
Pré-hipertensão	120-139	ou 80-89	Reavaliar em um ano***
Hipertensão estágio 1	140-159	ou 90-99	Confirmar no período de dois meses***
Hipertensão estágio 2	160 ou mais	ou 100 ou mais	Avaliar ou referir no período de um mês. Para aqueles com P.A. mais elevada (exemplo: acima de 180/110 mmHg), avaliar e tratar imediatamente ou no período de uma semana, dependendo das condições clínicas e complicações.

Fonte: JNC VII- JAMA 2003, May 21; 289:2560-72.

* Se as pressões sistólica e diastólica forem diferentes, classificar pela mais alta.
**Modificar o seguimento planejado de acordo com informações confiáveis sobre medidas de PA prévias, outros fatores de risco ou doença em órgão-alvo.
***Aconselhar sobre as mudanças no estilo de vida.

2. Avaliação clínica e laboratorial

Objetivos da avaliação clínico-laboratorial
Confirmar o diagnóstico de HAS por aferição da PA.
Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares.
Pesquisar lesões em órgãos-alvo, clínicas ou subclínicas.
Pesquisar presença de outras doenças associadas.
Estratificar o risco cardiovascular global.
Avaliar indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária.

Anamnese dirigida

Deve-se obter história clínica completa, com especial atenção aos dados relevantes referentes ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, histórico familiar de doença cardiovascular, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente (atividade física, hábitos alimentares), consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, entre outros).

Exame Físico

O exame físico deve ser minucioso, buscando sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. Dados relevantes do exame físico:

Quadro 9. Exame físico no paciente hipertenso

Sinais vitais: aferição da pressão arterial e frequência cardíaca
Medidas antropométricas: Obtenção de peso e altura e cálculo do índice de massa corporal [IMC = peso (kg) /altura2 (m^2)]. Sobrepeso: IMC de 25 a 30 kg/m^2 e obesidade: IMC igual ou superior a 30 kg/m^2. Circunferência da cintura (C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral): mulheres: C até 88 cm; homens: C até102 cm.
Inspeção
Exame do pescoço
Exame do precórdio
Exame do pulmão
Exame do abdome
Extremidades: no exame físico, a razão das pressões sistólicas do tornozelo e braquial – índice tornozelo braquial (ITB) – pode ser útil. ITB < 0,9 correlaciona-se com eventos cardiovasculares graves e aumento da mortalidade geral. Indicações: idade 50–69 e tabagismo ou diabetes; idade ≥ 70 anos; dor na perna com exercício; alteração de pulsos em membros inferiores; doença arterial coronária, carotídea ou renal; risco cardiovascular intermediário. Cálculo do ITB: utilizar os valores da pressão arterial sistólica do braço e tornozelo, sendo considerado o valor mais alto braquial para cálculo. ITB direito = pressão tornozelo direito/pressão braço direito. ITB esquerdo = pressão tornozelo esquerdo/pressão braço esquerdo. Interpretação: normal = acima de 0,90; obstrução leve = 0,71–0,90; obstrução moderada = 0,41–0,70; Obstrução grave = 0,00–0,40.
Exame neurológico sumário
Fundo de olho

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DIRETRIZES, 2010).

Para saber mais...

Atenção...
Pacientes com hipertensão apresentam elevado risco de desenvolver insuficiência renal crônica. A avaliação da função renal em pacientes com hipertensão tem vários propósitos. O primeiro é estabelecer se o paciente tem nefropatia como causa da hipertensão. O segundo é definir a natureza e a atividade da nefropatia. O terceiro é avaliar o grau de alteração na função renal. A medida da taxa de filtração glomerular (TFG) é amplamente aceita como a melhor quantificação do funcionamento renal. Existem várias maneiras de se calcular a TFG e uma delas é pela equação ou fórmula de Cockcroft-Gault. A doença renal crônica é definida e classificada pela medida da TFG.

Avaliação laboratorial: vamos revisar a rotina laboratorial básica em atenção primária para o paciente hipertenso

- Exame de urina rotina (tipo 1)
- Dosagem de potássio
- Hematócrito
- Glicemia de jejum
- Ácido úrico plasmático
- Colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL), lipoproteína de alta densidade (HDL) e triglicérides
- Eletrocardiograma convencional
- Dosagem de creatinina

Quando solicitar outros exames na propedêutica em hipertensos?

Radiografia de tórax: recomendada para pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca, quando demais exames não estão disponíveis, e para avaliação pulmonar e de aorta.

Microalbuminúria: pacientes hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com dois ou mais fatores de risco.

Hemoglobina glicada: na impossibilidade de realizar hemoglobina glicada, sugere-se a realização do teste oral de tolerância à glicose em pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL.

Ecocardiograma: hipertensos estágios um e dois sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco, hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca.

Teste ergométrico: suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou antecedente familiar para doença coronariana em paciente com pressão arterial controlada.

Outros exames: investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial inicial.

3. Definindo a terapêutica na hipertensão arterial

Veja no Quadro 10 os parâmetros para a decisão terapêutica levando-se em conta a estratificação de risco e os níveis pressóricos.

Quadro 10. Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão

Pressão arterial	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Tipo do paciente	Sem fatores de risco, sem LOAs e sem DCV	Pelo menos um fator de risco, não incluindo diabetes, sem DCV.	LOAs, DCV e/ou diabetes, com ou sem outros fatores de risco
Pré-hipertensão	MEV	MEV	MEV*
Hipertensão estágio 1	MEV (até 12 meses)	MEV** (até seis meses)	Terapia medicamentosa + MEV
Hipertensão estágio 2	Terapia medicamentosa + MEV	Terapia medicamentosa + MEV	Terapia medicamentosa + MEV

Fonte: JNC VII- JAMA 2003; May 21; 289:2560-72.

* Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de lesão de órgão-alvo ou diabetes mellitus.
** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.
LOA - Lesões de órgão alvo; DCV - doença cardiovascular; MEV - Modificações no estilo de vida

Quadro 11. Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica PAS*

Modificação	Recomendação	Efeito aproximado na redução na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m^2)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g –– 5 g de sal/dia = no máximo três colheres de café rasas de sal (= 3 g) + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhada três vezes/semana durante no mínimo 30 minutos por dia, para prevenção, e diariamente para, tratamento	4 a 9 mmHg

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DIRETRIZES, 2010).

* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. ** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

Tratamento medicamentoso

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade.

1. Princípios gerais do tratamento

A terapêutica anti-hipertensiva deve:

- ser eficaz por via oral;
- ser bem tolerada;
- permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para posologia de dose única diária.

Recomendações:

- Iniciar com as mais baixas doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve-se levar em conta que quanto mais alta a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.
- Considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos.
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos.
- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.
- Considerar as condições socioeconômicas dos pacientes portadores de hipertensão estágio dois.

Os principais grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis estão listados no Quadro 12.

Para saber mais...

O padrão dietético DASH *(Dietary Approaches to Stop Hypertension)*, rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da pressão arterial. Mais detalhes sobre como recomendar uma dieta ao estilo DASH: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DIRETRI- ZES, 2010).

Quadro 12. Classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico

Diuréticos

O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses. Principais representantes do grupo: hidroclorotiazida, espironolactona e furosemida.

Inibidores adrenérgicos

Ação central ** – agonistas alfa-2 centrais: atuam estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático. Principais representantes do grupo: alfametildopa, a clonidina.

Beta-bloqueadores (BB) – bloqueadores beta-adrenérgicos: seu mecanismo anti-hipertensivo envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.

Principais representantes do grupo: propranolol, atenolol, carvardilol, metoprolol.

Alfa-bloqueadores** – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos: como monoterapia, devendo, portanto, ser associados a outros anti-hipertensivos. Podem induzir o aparecimento de tolerância, o que exige o uso de doses gradativamente crescentes.

Principais representantes do grupo: doxazosina, prazosina.

Vasodilatadores diretos **

Atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com consequente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. São utilizados em associação com diuréticos e/ou beta-bloqueadores.

Principais representantes do grupo: Hidralazina, Minoxidil.

Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC)

Sua ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Deve-se dar preferência aos bloqueadores dos canais de cálcio de longa duração, de ação intrínseca, como o anlodipino.

Principais representantes do grupo: Anlodipino, nifedipino.

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (I-ECA)

Agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo de ação. São eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos.

Principais representantes do grupo: Captopril, Enalapril.

Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (ARA II)

Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA II) antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1.

Principais representantes do grupo: Losartana, Irbersartana, Candesartana

**Preferencialmente não devem ser usados como monoterapia

O Quadro 13 orienta sobre o uso de anti-hipertensivos em situações especiais.

Quadro 13. Escolha do anti-hipertensivo conforme situações especiais

Situações Especiais	Drogas Recomendadas					
	Diuréticos	BB	IECA	ARA II	BCC	AA
Insuficiência cardíaca	X	X	X	X		X
Pós-infarto do miocárdio		X	X			X
Alto risco coronariano	X	X	X		X	
Diabetes	X	X	X	X	X	
Doença renal crônica			X	X		
Prevenção de AVC recorrente	X		X			

Fonte: JNC VII. JAMA 21 maio 2003; 289:2560-72maio

BB - Beta-bloqueadores
I-ECA - Inibidores da enzima conversora da angiotensina
ARA II - Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
BCC - Bloqueadores dos canais de cálcio
AA -

2. Monoterapia ou terapia combinada?

Com base em evidências recentes de que em quase dois terços dos casos a monoterapia não foi suficiente para atingir as reduções pressóricas previstas, há clara tendência atual à introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos, diante da demonstração de que valores da pressão arterial mais baixos (130/80 mmHg) podem ser benéficos para pacientes com características peculiares:

- De alto e muito alto risco cardiovascular;
- diabéticos;
- com doença renal crônica mesmo que em fase incipiente;
- em prevenção primária e secundária de acidente vascular encefálico, há clara tendência atual à introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa, sobretudo nos pacientes com hipertensão em estágios dois.

3. Uso de AAS no paciente hipertenso: quando?

Paciente de moderado e alto risco ou lesão estabelecida de órgão-alvo (desde que a pressão arterial esteja controlada).

4. Uso de hipolipemiantes no paciente hipertenso: quando?

Todos os pacientes com dislipidemia isolada e aqueles com alto risco cardiovascular devem ser orientados para a adesão de medidas não farmacológicas (Modificações do Estilo de Vida – MEV). O tratamento farmacológico deve ser iniciado naqueles de risco baixo (seis meses após MEV) ou intermediário (três meses após MEV) que não atingirem as metas (Quadro 14) após medidas não farmacológicas. Nos indivíduos de alto risco as medidas não farmacológicas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente.

Quadro 14. Medidas terapêuticas iniciais e período de reavaliação das dislipidemias

Estrato	Medida terapêutica inicial	Reavaliação de metas
Baixo risco	MEV	seis meses
Risco intermediário	MEV	três meses
Alto risco	MEV + tratamento farmacológico	três meses
Aterosclerose manifesta	MEV + tratamento farmacológico	Individualizada

Fonte: IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (DIRETRIZ, 2007).

As metas terapêuticas para o uso de hipolipemiantes são consideradas no quadro abaixo.

Quadro 15. Metas para terapêutica preventiva com hipolipemiantes

Risco em 10 anos		Meta terapêutica (mg/dL)	
		LDL-Colesterol	Colesterol total
Baixo risco	< 10%	< 160	< 190
Risco intermediário	10 a 20%	< 130	< 160
Alto risco ou diabéticos	> 20%	< 100 (opcional < 70)	< 130 (opcional < 100)
Aterosclerose manifesta	> 20%	< 70	< 100
		HDL-Colesterol	Triglicérides
Homens		≥ 40	< 150
Mulheres		≥ 50	< 150
Diabéticos		> 50	< 150

Fonte: IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (DIRETRIZ, 2007). também em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>

Parte 8

Identificando fatores de risco cardiovascular

Para o cálculo do risco cardiovascular global deve-se fazer a avaliação clínica do indivíduo baseada em dados da história e do exame clínico, como idade, sexo, antecedentes familiares de doença cardiovascular, peso, pressão arterial, tabagismo, sintomas sugestivos de diabetes e manifestações clínicas da doença aterosclerótica. Essa avaliação permite a identificação de indivíduos com indicadores de risco, conforme Quadro 16.

O risco em um indivíduo é consequência da presença, interação e potencialização de todos os fatores que contribuem para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, salientando que o risco cardiovascular é muito mais alto do que a somatória do risco de cada um dos fatores isolados.

Quadro 16. Fatores de risco cardiovascular e lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares

Fatores de risco cardiovascular
Idade (homem com mais de 55 e mulheres com mais de 65 anos)
Tabagismo
Dislipidemias: triglicérides > 150 mg/dL; LDL colesterol > 100 mg/dL; HDL < 40 mg/dL
Diabetes *mellitus*
História familiar prematura de doença cardiovascular: homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 65 anos
Sedentarismo
Obesidade (≥ 30 kg/m^2)
Microalbuminúria
Taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 mL/min.
Lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares
Coração: hipertrofia do ventrículo esquerdo; angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca
Cérebro: acidente vascular encefálico; isquemia cerebral transitória
Doença renal crônica
Doença arterial periférica
Retinopatia hipertensiva

O objetivo do cálculo do risco cardiovascular global é identificar os indivíduos que devem ser aconselhados e receber tratamento para prevenir a doença cardiovascular, bem como estabelecer o nível de agressividade das ações baseadas no risco (intervenções de baixa, moderada ou alta intensidade).

Foram criadas escalas de avaliação do risco cardiovascular global, instrumentos que permitem quantificar o risco de determinado indivíduo, resultante da presença simultânea de vários fatores de risco cardiovascular. Optou-se por utilizar o instrumento escore de risco de Framingham (ERF).

Os preditores utilizados no ERF são: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial tratada e não tratada, colesterol LDL e HDL. Deve ser feito o somatório dos pontos encontrados em cada passo e o escore final levado à última etapa dará o risco estimado de desenvolver doença coronariana

em 10 anos, em homens e mulheres.

Entre os indivíduos sem indicadores de alto risco, podem-se estimar, pelo ERF, aqueles de:

Risco baixo (probabilidade abaixo de 10% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos).

Risco intermediário (probabilidade entre 10 e 20% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos).

Risco alto (probabilidade acima de 20% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos).

Vale ressaltar que testes laboratoriais e de imagem para a detecção de aterosclerose subclínica não são preconizados rotineiramente como ferramentas na estratificação de risco, mas podem ser incorporados em indivíduos que sejam considerados de risco intermediário segundo o escore de Framingham ou que possuam indicadores de risco.

Para fazer avaliação *on line* veja:
<http://dab.saude.gov.br/cnhd/score_framingham.php>

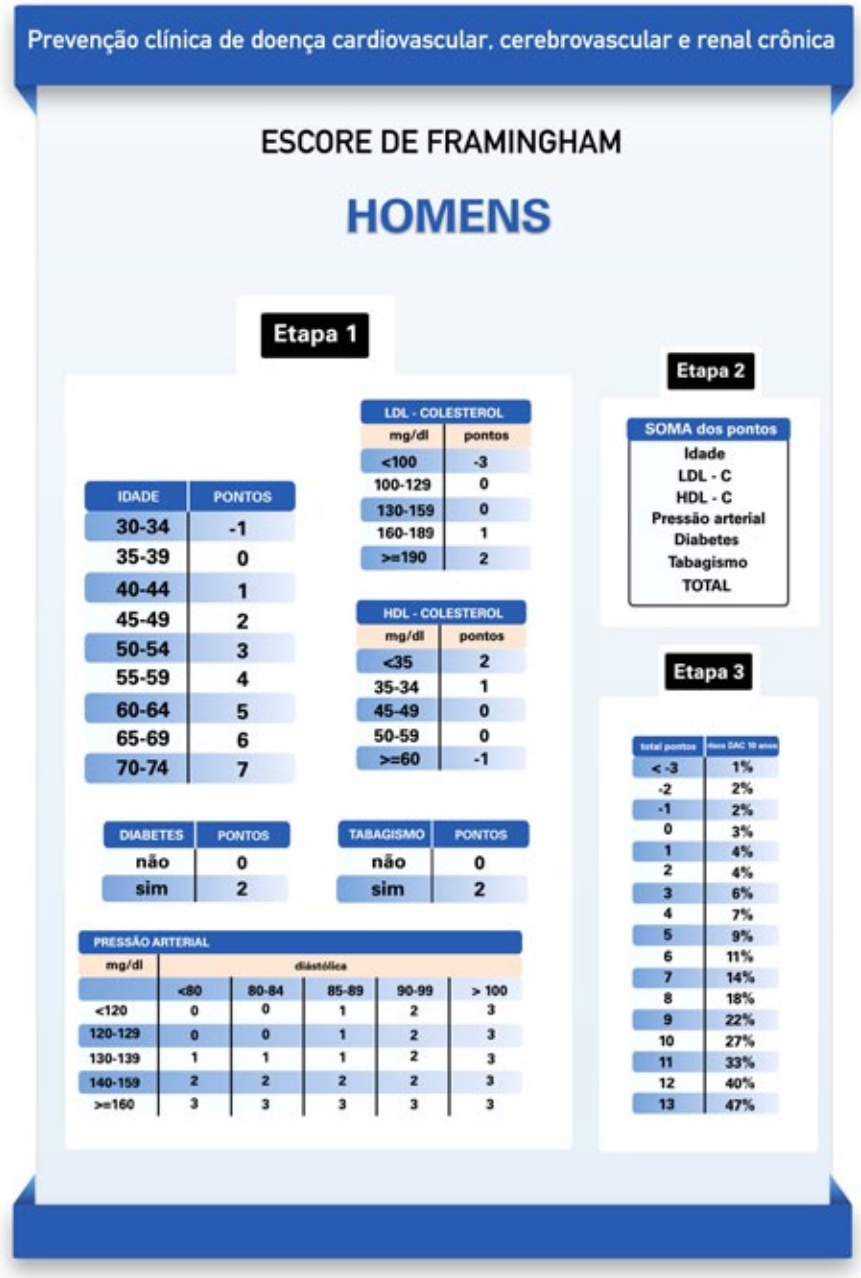


Figura 4: Escore de Framingham para homens.

Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica

ESCORE DE FRAMINGHAM

MULHERES

Etapa 1

IDADE	PONTOS
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
<100	-2
100-129	0
130-159	0
160-189	2
>=190	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
<35	5
35-34	2
45-49	1
50-59	0
>=60	-2

PRESSÃO ARTERIAL					
mg/dl	diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	≥ 100
<120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

DIABETES	PONTOS
não	0
sim	2

TABAGISMO	PONTOS
não	0
sim	2

Etapa 2

SOMA dos pontos
Idade
LDL - C
HDL - C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

Etapa 3

total pontos	risco DAC 10 anos
≤ -2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	8%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
≥ 17	≥ 32%

Figura 5: Escore de Framingham para mulheres.

Quadro 17. Classificação de risco coronariano pelo escore de Risco de Framingham

Categoria	Risco Coronariano em 10 anos
Baixo	< 10%
Moderado	10 a 20%
Alto	> 20%

Quadro 18. Indicadores de Risco cardiovascular

Idade > 45 anos homens, > 55 anos mulheres
Manifestações de aterosclerose:
Sopros arteriais carotídeos
Diminuição ou ausência de pulsos periféricos
História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1° grau, ocorrido antes dos 50 anos
Diagnóstico prévio de tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional
Diagnóstico prévio de dislipidemia
Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico
Tabagismo
Obesidade (IMC > 30 kg/m2) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens)
Hipertensão (> 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia
História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal)

Fonte: MS: Cadernos de Atenção Básica n°14 (BRASIL, 2006).

De quem se deve calcular o risco cardiovascular global?

O risco cardiovascular global deve ser calculado naqueles indivíduos considerados de risco de desenvolver doença aterosclerótica, ou seja, têm fatores de risco, mas sem doença estabelecida.

Nos casos considerados de alto risco (com doença aterosclerótica esta-

belecida), o cálculo do risco cardiovascular global não é utilizado para avaliar o grau de risco, uma vez que este já é conhecido, mas pode ser útil para avaliar o benefício das intervenções terapêuticas usadas, ao permitir comparar um valor prévio de risco com um segundo, obtido após terapêutica.

Embora a escala de Framingham seja muito utilizada para a estimativa do risco cardiovascular, ela tem algumas limitações, como não permitir a combinação de mais de cinco variáveis, tornando a estimativa de eventos coronarianos menos precisa nos indivíduos de risco intermediário (nos quais acontece a maioria dos eventos), na avaliação cardiovascular de curto prazo, nos jovens e nas mulheres.

Portanto, é necessário considerar os fatores agravantes de risco (observe na Tabela). Os pacientes de baixo e intermediário risco que apresentem fatores agravantes podem ser classificados em uma categoria de risco acima daquela estimada isoladamente pelo escore (exemplo: um indivíduo com ERF intermediário e com história familiar de doença isquêmica prematura passa a ser considerado de alto risco). Observe a seguir, no Quadro 19, os critérios para identificação de indivíduos com alto risco cardiovascular e os fatores agravantes de risco.

Quadro 19. Critérios de risco e fatores agravantes para eventos coronarianos

Critérios para identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários
Doença arterial coronária manifesta atual ou prévia (angina estável, isquemia silenciosa, síndrome coronária aguda ou cardiomiopatia isquêmica)
Doença arterial cérebro-vascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou ataque isquêmico transitório)
Doença aneurismática ou estenótica de aorta abdominal ou seus ramos
Doença arterial periférica
Doença arterial carotídea (estenose ≥ 50%)
Diabetes *mellitus*
Fatores Agravantes de Risco
Insuficiência renal crônica (creatinina maior ou igual que menor que 1,5 mg/dL ou *clearance* de creatinina < 60 mL/min.)
Síndrome metabólica
Nefropatia - micro ou macroalbuminúria (> 30 µg/min.)
Hipertrofia de ventrículo esquerdo
História familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau masculino com menos de 55 anos ou feminino com menos de 65 anos)

Fonte: IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (DIRETRIZ, 2007).

Parte 9

Falando sobre o diabetes *mellitus*...

O diabetes *mellitus* (DM) é um dos problemas mais importantes em saúde pública no mundo, com incidência crescente, sobretudo em países em desenvolvimento. O número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à expandida urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como à maior sobrevida do paciente com DM.

ABORDAGEM CLÍNICA

No Brasil, observa-se prevalência do diabetes e da intolerância à glicose, entre adultos (30 a 69 anos), de 7,6 e 7,8%, respectivamente.

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

O DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam, em comum, a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e diabetes *mellitus* gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a *glicemia de jejum alterada* e a *tolerância à glicose diminuída* (Quadro 20). Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (DCV).

Quadro 20. Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes

1. Sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica (poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso) com glicemia casual ≥ 200 mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) OU
2. Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL (8 h de jejum) OU
3. Glicemia 2 h após 75 de glicose (TTG*) ≥ 200 mg/dL

Fonte: American Diabetes Association (2009).

* Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTG).

Os principais fatores de risco de DM tipo 2 são a obesidade e a síndrome metabólica. Ainda são considerados também fatores de risco a história familiar, o ganho de peso, o sedentarismo e a idade.

Observe, no Quadro 21, os critérios aceitos para o diagnóstico de DM segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2008).

Quadro 21. Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose

Classificação	Glicemia de jejum	Glicemia 2h após TTG-75 g
Normal	< 110 mg/dL	< 140 mg/dL
Pré-Diabetes Glicemia de Jejum alterada Tolerância à glicose diminuída	110 -125 mg/dL	140 -199 mg/dL
Diabetes *mellitus*	≥ 126 mg/dL	≥ 200 mg/dL

Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica – Diabetes mellitus (BRASIL, 2006).

Rastreamento de diabetes na população assintomática. Quando?

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica - Diabetes *mellitus* (BRASIL, 2006):

1. O rastreamento de DM deve ser considerado em todos os pacientes que estão acima do peso (IMC ≥ 25 kg/m *) e que tenham um ou mais dos fatores de risco adicionais:

- Inatividade física.
- Parente de primeiro grau com diabetes.
- Membros de uma população étnica de alto risco.

- História de diabetes gestacional ou mãe de criança com peso ao nascimento > 4 kg.
- Hipertensão arterial (≥ 140/90 mmHg ou em tratamento de hipertensão).
- HDL < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL.
- Mulher com síndrome dos ovários policísticos.
- Outras condições clínicas associadas à resistência à insulina (ex.: obesidade grave (IMC > 40 e acantose nigricans).

2. Na ausência dos critérios, o rastreamento de diabetes deve se iniciar aos 45 anos de idade.

3. Os intervalos de rastreamento para DM , de acordo com o resultado do teste, devem ser:

A cada três anos, se glicose normal (glicemia de jejum < 110 ou TTG < 140).

A cada ano, se pré-diabetes (glicemia de jejum entre 110 e 125 ou TTG entre 140 e 199).

Avaliação clínica do indivíduo com diabetes

A avaliação do paciente diabético deve contemplar a anamnese, com revisão da história pregressa, medicamentosa e familiar, além de exame físico direcionado para a identificação das principais alterações e complicações associadas ao diabetes. Deve-se estar atento para os sintomas dessa doença que, quando presentes, podem incluir: poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento rápido, dormência ou formigamento em mãos e pés, fadiga, pele seca e prurido, feridas de difícil cicatrização, infecções frequentes, visão borrada, disfunção erétil, disfunção intestinal e da bexiga e raramente prurido genital (candidíase). A avaliação laboratorial deve incluir: glicemia de jejum, hemoglobina glicada (A1C), colesterol total e frações, triglicérides, creatinina, urina rotina, microalbuminúria (se proteinúria negativa), TSH e ECG.

TRATAMENTO DO DIABETES *MELLITUS*

O tratamento do diabetes *mellitus* envolve uma série de cuidados não medicamentosos, no qual será dada mais ênfase, e uma fase medicamentosa para a qual pode ser necessária a orientação de profissionais de nível de referência secundária.

Tratamento não medicamentoso

Atividade física

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes

com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. O paciente com DM2 deve realizar pelo menos 30 minutos diários de atividade física aeróbica, de intensidade moderada a vigorosa.

Acompanhamento nutricional

A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com diabetes *mellitus*, quando associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha. A adoção de um plano alimentar saudável é fundamental no tratamento do DM.

Controle de fatores de risco

Nos indivíduos com diabetes é fundamental o controle de fatores de risco para doença cardiovascular tais como hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade. O controle desses fatores de risco também reduz o risco de desenvolvimento de complicações do diabetes.

Para saber mais...

Para saber mais sobre orientação nutricional e atividade física no diabetes... consulte o Caderno de Atenção Básica - Diabetes mellitus (BRASIL, 2006), disponível no site: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf> e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (DI- RETRIZES, 2008).

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso dos componentes da síndrome metabólica deve ser considerado – quando não há melhora destes, apesar das mudanças de estilo de vida –, para que haja diminuição do risco de doença aterosclerótica.

Tratamento da crise hipoglicêmica

Paciente:

Paciente	Ingerir 10 a 20g de carboidrato de absorção rápida; repetir em 10 a 15 minutos se necessário.
Amigo ou familiar	Se o paciente não conseguir engolir, não forçar: injetar glucagon Img SC ou IM (crianças<3 anos, dar 1/2 dose). Se não for disponível, colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levar o paciente imediatamente a um serviço de saúde.
Serviço de saúde	Se sinais de hipoglicemia grave, administrar glucagon SC ou IM ou 20mL de glicose a 50% e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia >60mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfoniluréias (especialmente clorpropamida e glibenclamida) devem ser observados por 48 a 72h para detectar possível recorrência.

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES

Pé diabético

A Organização Mundial da Saúde define "pé diabético" como uma condição em que a pessoa com diabetes apresenta infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. Neuropatia e/ou doença arterial periférica são fatores de risco para ulceração dos pés nos pacientes diabéticos, podendo evoluir para infecção, gangrena e amputação. Todos os pacientes diabéticos devem ter rastreamento anual dos pés e naqueles casos em que seja identificada neuropatia periférica e/ou histórico de amputação/úlcera, a frequência dos rastreamentos deve ser aumentada.

Retinopatia diabética

Essa complicação tardia é comum nos indivíduos diabéticos, sendo encontrada após 20 anos de doença em mais de 90% das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e em 60% dos de tipo 2 (DM2), muitos com formas avançadas de retinopatia e ainda assintomáticos.

O risco de perda visual e de cegueira é substancialmente reduzido com a detecção precoce – em que as alterações irreversíveis na retina ainda não estão presentes e desde que o paciente tenha rápido acesso ao tratamento.

Na retinopatia, o paciente pode apresentar-se assintomático ou relatar borramento visual e até perda súbita da visão. Por essa razão o consenso é de que se realize o acompanhamento anualmente. Por ser uma doença, em elevado número de pacientes, assintomática até suas formas mais graves e pela necessidade de início de tratamento antes que alterações irreversíveis estejam presentes, é essencial o encaminhamento do indivíduo com diabetes para acompanhamento oftalmológico.

São recomendações gerais para início de acompanhamento:

- Diabético tipo 1 deve iniciar o acompanhamento após a puberdade e cinco anos de doença;
- diabético tipo 2 deve iniciar o exame dos olhos após o diagnóstico do diabetes;
- o intervalo entre os exames é anual, podendo ser menor, dependendo do grau de retinopatia encontrado, ou maior, de acordo com orientação do oftalmologista;
- durante a gravidez os exames devem ser trimestrais;
- pacientes com queixa de queda de visão devem ser encaminha-

dos para o oftalmologista com urgentemente.

Nefropatia diabética

É uma complicação frequente do diabetes mellitus, representando a principal causa de insuficiência renal terminal em programas de diálise, com elevadas taxas de mortalidade. Convencionou-se dividir a evolução da nefropatia diabética em três estágios: incipiente ou fase de microalbuminúria, clínica ou fase de macroalbuminúria e insuficiência renal terminal (Quadro 22).

Quadro 22 . Classificação da albuminúria de acordo com valores excretados em 24 horas

Classificação	Valores mg/24 h
Normal	< 30
Microalbuminúria (incipiente)	30-299
Macroalbuminúria (evidente/clínica)	maior ou igual que enor que maior ou igual que enor que 300

Fonte: Adaptado de *American Diabetes Association* (2009).

O rastreamento para nefropatia diabética deve ser realizado anualmente com avaliação da excreção urinária de albumina e de creatinina sérica. Veja, a seguir, algumas estratégias de prevenção do desenvolvimento e progressão da nefropatia diabética:

- Pressão arterial < 130/80 mmHg.
- Controle glicêmico intensivo.
- Controle da dislipidemia (LDL ≤ 100 mg/dL e ≤ 70 mg/dL na presença de doença cardiovascular).
- Controle do tabagismo.
- Controle na ingestão diária de proteínas.
- Nos casos de microalbuminúria ou formas mais avançadas de nefropatia devem-se usar inibidores de enzima conversora da angiotensina (IECAs) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II, mesmo na ausência de HAS concomitante.

Neuropatia diabética

A neuropatia diabética apresenta um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. A neuropatia pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante. Seu diagnóstico é importante para

a identificação de indivíduos em risco de desenvolver lesões e, consequentemente, amputações de membros inferiores.

Formas clínicas:

1- Neuropatias sensitivo-motoras:

- Polineuropatia sensitivo-motora simétrica distal: apresentação mais comum, subdividida em:

a) Inicial: assintomático ou diminuição sensitiva;

b) sintomática: perda sensitiva, dormência, parestesias, dor;

c) grave: envolvimento motor com limitação.

- Neuropatias focais (mononeuropatias, amiorradiculopatias, neurites compressivas).

2- Neuropatias autonômicas, que podem acometer diferentes sistemas:

- Cardiovascular (resposta anormal da frequência cardíaca a diversos estímulos – taquicardia de repouso, hipotensão postural);
- gastrointestinal (gastroparesia, diarreia noturna, incontinência fecal e constipação);
- urogenital (bexiga neurogênica – retenção, incontinência e infecção urinárias).

3- Outras:

- Neuropatia sudomotora (anidrose plantar com pele seca, fissuras e hiperceratose dos pés).
- Neuropatia pupilar causando dificuldade para visão noturna / perda ou deficiência na percepção da hipoglicemia.

Todos os pacientes diabéticos devem ser rastreados anualmente para as neuropatias sensitivo-motoras, iniciando no momento do diagnóstico do diabetes. O diagnóstico das formas mais comuns de neuropatia diabética baseia-se em sintomas e sinais clínicos mais típicos (dormência, formigamento, pontadas, choques nas pernas e pés e queixas de diminuição ou perda da sensibilidade térmica, tátil ou dolorosa) e na realização de testes neurológicos. Os testes neurológicos básicos envolvem a avaliação da sensibilidade, pesquisa dos reflexos tendinosos, medida da pressão arterial (deitado e em pé) e frequência cardíaca. É importante destacar que a ausência de sintomas e sinais de parestesia não exclui a neuropatia, pois alguns pacientes evoluem direto para a perda total de sensibilidade, o que reforça a necessidade da realização dos testes neurológicos.

Devem ser rastreados para neuropatia autonômica:

- Pacientes portadores de DM tipo 1: cinco anos após o diagnóstico.
- Pacientes portadores de DM tipo 2: no momento do diagnóstico.

Doença arterial obstrutiva periférica

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) caracteriza-se pela obstrução aterosclerótica progressiva das artérias dos membros inferiores. Muitos indivíduos são assintomáticos e aproximadamente 1/3 desenvolve claudicação intermitente e alguns evoluem com isquemia crítica do membro e risco de amputação. Anamnese e exame físico, em geral, são suficientes para o diagnóstico de DAOP, geralmente evidenciado por dor nas panturrilhas à deambulação, com melhora em repouso, ausência ou redução dos pulsos arteriais periféricos e, mais tardiamente, dor em repouso ou ferida que não cicatriza. O índice tornozelo-braço (ITB) é teste não invasivo, reprodutível e razoavelmente acurado para a identificação e determinação da gravidade da DAOP.

Imunização no indivíduo diabético

Pacientes com diabetes mellitus têm alto risco presumido de infecção pneumocócica grave e complicações de influenza, sendo recomendada atenção especial a essas vacinas. Todos os adultos com história de vacinação antitetânica incerta ou incompleta deverão iniciar ou completar seu esquema vacinal.

Conclusão do módulo

O campo de estudo em relação à saúde do adulto é extenso. Neste módulo procuramos atender às condições mais frequentes, em linguagem apropriada a médicos e enfermeiros, principalmente, mas extensível a outros profissionais da equipe e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Como parte integrante do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, os profissionais têm a oportunidade de acesso a outros módulos que tratam das necessidades do adulto, como a Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2009), Educação Física: atenção à saúde do adulto (MYOTIN; BORGES), Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto (PALMIER et al.), Saúde Mental (PEREIRA; VIANNA), Saúde do Trabalhador (SILVEIRA), além das referências de Diretrizes, Consensos e dos Cadernos de Atenção Primária à Saúde.

A abordagem tem um limite para a Atenção Primária à Saúde, mas abrindo-se à complexidade da referência clínica e da organização do Serviço de Saúde.

Em termos de flexibilidade, cada profissional pôde concentrar seu foco de estudo considerando as possibilidades de ampliação da leitura utilizando as várias citações no texto e respectivas referências apresentadas.

Assim, este módulo procurou atender ao princípio pedagógico do protagonismo - profissional sujeito de seu próprio processo de aprendizagem - que o adulto deve ter em sua educação permanente. E que essa oportunidade tenha sido de abrir caminhos, muito mais que ensinar.

Referências

Leitura obrigatória

ALVES, R. **Escutatória**. In: O amor que acende a lua, p.65. Disponível em: http://www.rubemalves.com.br/escutatorio.htm

Leituras recomendadas

BRASIL. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde: Universidade de São Paulo – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 250p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.135). Disponível em: http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf Acesso em: 14 ago. 2011 (BRASIL, 2006)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad12.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Calendário de vacinação do adulto e do idoso**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>

COELHO, S.; PORTO, Y. F.. Saúde da mulher. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 115p.
http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1920.pdf

DIAS, R.B.; PEREIRA, A.A(org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. (Série Nescon de Informes Técnicos,n.3). Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Diretrizes_clinicas_para_atuacao_em_saude_mental_na_atencao_basica_2/120>. Acesso em: 13 ago. 2011

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600

FARIA et al..– **O trabalho da equipe de saúde da família e a mudança do modelo assistencial**. In: FARIA, H. P. et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p. . Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modelo_assistencial_e_atencao_basica_a_saude/3

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/prontuarios-de-saude-da-familia/prontuarios-de-saude-da-familia/Manual%20do%20Prontuario%20de%20Saude%20da%20Familia.pdf. Acesso em 13 ago.2011

MYOTIN, E.; BORGES, K.E. L. **Educação Física: atenção à saúde do adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 67p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_1/3>. Acesso em: 13 ago. 2011

PEREIRA A.A.**Transtorno depressivo com risco de suicídio**. In, PEREIRA, A.A.;
VIANNA, P.C.M. Saúde Mental. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 76p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_Mental/3>. Acesso em: 13 ago. 2011

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M. **Saúde Mental**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 76p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_Mental/3>. Acesso em: 13 ago. 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 60, n.1, p. 159-169, 2002. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100030

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M. **Saúde Mental**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 76p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_Mental/3>. Acesso em: 13 ago. 2011

VIEGAS, C.A.A. (Coord.). et al.. Diretrizes para controle do Tabagismo. J**ornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, s. 2, ago., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext. Acesso em: 13 ago.2011

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K.F.C. . **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. NESCON/UFMG - Curso de Especia- lização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf

Outras referências

ACHTERBERG, G.; McDONNELL, E.; BAGBY, R. How to put the food guide into pratice. **Journal of American Dietetic Association**, v.94, n.9: p.1030-1035, 1994. apud PHILIPPI, S.T. et al.. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, v.12, n.1: p.65-80, jan./abr. 1999.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2009. Diabetes Care. 2009;23(supl 1):S13-S61.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION.The Seventh Report of the Joint National Commitee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **Journal of American Medical Association**, 2003; 289, p. 2560-72.

ARILLO, A. et al.. Paciente hiperfrecuentadores y dificiles: como se sienten tratados por sus medicos? **Na. Sist. Sanit. Navar**., 2006, v.29, n 1, enero-abril. p.47-57.

ATKINS, D.O. Exame Periódico de Saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 76-81, 2009.

BARRETO, S.M. et al.. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (2005). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.1: p.41-68, jan./mar. 2005. Relatório do Grupo Técnico Assessor do Ministério da Saúde para Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde.

BARROS, E.; THOMÉ, F. Infecção urinária em adultos. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 154, p.1402-1408.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de DST/AIDS. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília, s.d.. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito : documento necessário e importante** / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 40 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 188 p.: il. – (Série A. Normas Técnicas). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf. Acesso em: 14 ago. 2011

BRÊTAS, A.C.P; GAMBA, M.A. Hipertensão arterial e doenças do aparelho circulatório. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Editora Manole, 2006.

BUCHNER, D.M. Atividade Física. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.81-85, 2009.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, Putting prevention into practice. Disponível em: http://www.canadiantaskforce.ca. Acesso em 13 ago. 2011

CARVALHO, T. et al.. Atividade física e saúde. In: JATENE, F.B.; CUTAIT, R. (org.) **Projeto Diretrizes**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, p. 67-71, 2002.

CASTRO, M.M.L.D.; PASSOS, S.R.L. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n.6: p.330-335, 2005.

CHOU, R. et al.. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals Internal of Medicine**, v.147, p.478-491, 2007.

CONSENSO Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, II - DPOC – 2004. Jornal Brasileiro de Pneumologia. VOLUME 30 - SUPLEMENTO 5 - NOVEMBRO DE 2004. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_124_40_DPOC_COMPLETO_FINALimpresso.pdf

CREMESP Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/livro_cuidado_paliativo_crm_31_8_09.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011

CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 176p.

DELFINO, H.L.A. Coluna Lombar. In: BARROS FILHO, T.E.P.; LECH, O. **Exame Físico em Ortopedia**. Editora Sarvier, 2001. p. 37-75.

DIRETRIZ Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, IV. 2007. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol**. vol.88 suppl.1 São Paulo Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000700002. Acesso em: 14 ago. 2011

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão, VI. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq. Bras. ardiol. vol.95 no.1 supl.1 São Paulo 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001. Acesso em: 14 ago.2011.

DIRETRIZES da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.diabetes.org.br.attachments/diretrizes-sbd-2008-mar-12.pdf. Acesso em: 15 ago.2011

DUNCAN, B.B.; SILVA, O.B.; POLANCZYCK, C.A. Prevenção Clínica das Doenças Cardiovasculares. In:DUNCAN. B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 604-17.

FERNANDES, J.G.; KOWACS, F. **Cefaleia**. In: DUNCAN. B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1164-1173.

FILGUEIRAS, S. L. et al.. **Aconselhamento em dst e hiv/aids: diretrizes e procedimentos básicos**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf - Similares >. Acesso em 12 dez. 2011.

FUCHS, F.D. Hipertensão Arterial. In: DUNCAN. B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.641-56.

GALDINO, G.S. et al.. **Cefaleias primárias**: abordagem diagnóstica por médicos não neurologistas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.65, n.3a, p. 681-684, 2007.

GIRÃO, N. B.; GUSSO, G.D.F. O cuidado à pessoa com HIV/AIDS pelo médico de família e comunidade. In: Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2006. ciclo 1, módulo 3, p.139 - 189.

GOLDBAUM, T. et al.. Diabetes mellitus tipo 2. In: BENSEÑOR, I.M. et al.. **Medicina em Ambulatório: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 2005. p. 423 a 440.

GUSMÃO, J.L.; MION, JR. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p. 23-25, 2006.

JARDIM, P.C.B.; JARDIM, T.S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.26-29, 2006.

JUNGERMAN, F.S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.48, n.5: p.197-207,1999.

KLOETZEL, K. O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 200, p. 131-42.
KLÜBLER-ROSS Seção 5

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003.

MATOS E SOUZA, F.G. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.21, s.1,1999.???

MATOS, M.C.G.; BRANCHTEIN, L. Tratamento da Hiperglicemia. In:DUNCAN. B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.

MCWHINNEY, I.R.; FREEMAN, T. Hipertensão. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3ª Edição Editora Artmed, 2010, p. 323-347.

MERHY, E.E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 5: Acolhimento e classificação de risco Belo Horizonte: ESPMG, 2008. Belo Horizonte: ESPMG, 2008. http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Implanta%C3%A7ao-PDAPS-Oficina-5_080210_BAIXA.pdf

NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A. Semiologia Neurológica. **A Neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p.55-70.

O' CONNOR, P.G. Abuso de Dependência de Álcool. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, M. T. C.; PINTO, V. H. **Atenção à saúde do adulto**: HIV/AIDS. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 68p.

ORENSTEIN, W. A. Imunização. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, , 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <**http://www.who.int/hpr/gs.facts.shtml**>. Acesso em: 05 jul. 2010.

PHILIPPI, S.T. et al.. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, v.12, n.1: p.65-80, jan./abr. 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

POMPEO, A.C.L. et al.. Infecção do trato urinário. **Diretrizes em Urologia**. Sociedade Brasileira de Urologia. 2004.

PROJETO DIRETRIZES. **Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias**.: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, São Paulo, 2001. Disponível rm: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/072.pdf. Acesso em: 16 ago.2011

PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (org.). **Infecções do trato urinário não complicadas: tratamento**. São Paulo,2004. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/066.pdf. Acesso em 13 ago. 2011

PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (org.). **Aderência a tratamento medicamentoso**. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf. Acesso em: 13 ago. 2011

RIBEIRO, M.M.F.; AMARAL, C.F.S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: v.32, n.1, jan./mar, 2008.

RODRIGUES, A.C. et al.. Diabetes mellitus tipo 1. In: BENSEÑOR, I.M. et al.. **Medicina em Ambulatório: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 2005. p. 401 - 423.

RORIZ-FILHO, J.S. et al.. Infecção do trato urinário. **Medicina**. v. 43, n. 2. 2010. p.118-25.

SCAIFE, B. et al.. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. **Family Practice**. v. 17, n. 4, p.298-304. Oxford University Press, 2000.

Para referência

SCHMIDT M.I. et al.**Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet on line, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; DUNCAN, M.S. Síndrome Metabólica, Diabetes e Doenças Cardiovasculares. In: DUNCAN. B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.589-595.

SMITS, F.M. et al.. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. **BMC Public Health**, 2009 - 9:36. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com>. Acesso em: 02 jul. 2010.

SMITS, F.M. et al.. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. **BMC Public Health**, 2009 - 9:36. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com>. Acesso em: 02 jul. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileira de Cardiologia**, v.95, s.1: p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Comissão de Avaliação Perioperatória. I Diretriz de Avaliação Perioperatória (CAPO). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2007; v. 88, n.5, p.139-178.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, V. 84, Supl. I, abr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.. 88, s. I, abr. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus 2008.

SOIBELMAM, M.; SCHENATTO, C.B.; RESTELLI, V.G. Dor Lombar. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.1218-1231.

SOMERVILLE, S. et al.. Content and outcome of usual primary care for back pain: a systematic review. **British Journal of General Practice**, v.790, p. 790-797, 2008.

STEWART, M. et al.. **Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

TAYLOR, G.W.; BORGNAKKE, W.S. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. **Oral Disease**, v.14, n.3, 191-203, 2008.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Prevention and Care Management** . Disponível em: http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm. Acesso em: 13 ago. 2011.

WANNMACHER, L. **Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde - Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos>. Acesso em: 10 de ago. 2010.

WESTHEAD, J.N. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, July, 1985

WOOLF, S.H. Princípios da Atenção Preventiva à Saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.73-76, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Analgesic ladder**. (s.d.). Disponível em: http://www.painxchange.com.au/ManagementTools/AnalgesicLadder.aspx

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Dependence. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd. ed. World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf>

YOUNG, E.C.; PIRES, M.L.E.; LIMA, M.B.C. Abordagem terapêutica no diabetes mellitus tipo 2. **Cadernos Brasileiros de Medicina**. Rio de Janeiro, v. 14, p.17-34. jan./dez 2001.

Apêndice A

glossário

Alcoolismo - A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, pode desenvolver dependência do álcool. Os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo envolver fatores de origem biológica, psicológica, sociocultural.

Abstinência - É um quadro que aparece pela redução ou parada brusca da ingestão de bebidas alcoólicas ou outras drogas (cocaína, heroína, LSD e crack) após um período de consumo contínuo, gerando sintomas desagradáveis. Uma síndrome desconfortável que ocorre quando os níveis teciduais e sanguíneos da substância abusada diminuem numa pessoa que usou a droga de maneira pesada por um período prolongado. Os sintomas de abstinência podem fazer a pessoa voltar a tomar a droga para aliviar os sintomas contribuindo, portanto, para o uso repetido da droga.

Alucinógeno - São substâncias psicoativas que estimulam o SBC alterando a percepção da realidade do usuário, resultando em alucinações. Alucinações são falsas percepções da realidade, ocorre a percepção sensorial na ausência de estímulo externo.

Anticorpos - Defesas produzidas pelo sistema imunológico contra infecções.

Aptidão física - Refere-se à capacidade de um indivíduo para realizar atividade física.

Aptidão física relacionada com a saúde - Relaciona-se com os componentes da aptidão que influenciam o risco de doença e/ou produzem limitações funcionais, tais como capacidade aeróbica, força, resistência muscular, composição corporal e flexibilidade.

Atividade física - Movimento do corpo, produzido por músculos esqueléticos, com consequente gasto de energia

Autoestima - Conjunto de idéias e sentimentos que possuímos a respeito do que Imaginamos ser; refere-se ao que admiramos e valorizamos em nós. Permitem a identidade própria e fazem do indivíduo sujeito de suas ações.

Bloqueio subjetivo - Resposta a vivências emocionais dolorosas, das quais a pessoa se defende "esquecendo", evitando lembrar ou revelar a outros.

Centrado no cliente - O cliente é o centro do atendimento; o diálogo deve primar pela atenção às necessidades do cliente, consideradas a partir da sua história pessoal, sem colocar juízos de valor.

Compulsão - Compulsão (urgência irresistível de realizar um ato motor aparentemente sem motivo, repetitivo, estereotipado, reconhecido como sem significado; rituais, limpeza e ordem exagerados, evitações)

Demanda - Refere-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, aos medos etc., manifestos ou latentes, vivenciados durante o atendimento.

Dependência química - É o uso compulsivo e repetido de uma droga psicoativa acarretando tolerância aos efeitos da droga e sintomas de abs- tinência ao ser reduzido ou suspenso o uso da droga.

Dependência física - É um estado de adaptação do corpo manifestado por transtornos físicos quando o usa da droga é interrompido.

Dependência psíquica - Constitui uma compulsão ao uso da droga, buscando o individuo obtenção de prazer ou a diminuição do desconforto.

Desintoxicação

Droga psicoativa - É uma substância quí-

mica que, quando inserida, modifica uma ou várias funções do sistema nervoso central(SNC), produzindo efeitos psíquicos e comportamentais

Escuta Ativa - Essa ligação só poderá acontecer se houver disponibilidade de aceitação do outro em sua postura em que a pessoa estimula e acolhe o discurso do outro, interagindo pessoal e socialmente.

Fobias - Fobia é um medo persistente de um objeto, animal, situação ou atividade. Este medo é tão intenso que a pessoa pode evitar qualquer situação em que possa estar exposta à causa do medo.

Imunização ativa - É a aquisição de proteção imunológica contra uma doença infecciosa, pela indução ao aumentar a resistência de um indivíduo.É administrada por meio de vacina, usada para induzir a imunidade ativa: sua administração resulta numa resposta biológica ativa de produção de anticorpos específicos, protetores contra futuras infecções pelo mesmo microorganismo. A imunidade ativa dura muitos anos.

Imunização passiva - É a aquisição de proteção imunológica contra doença infecciosa particular, com aumento da resistência pela administração de imunoglobulina ou por soro de anticorpos, recebidos de forma passiva, sem produção ativa de anticorpos. Os anticorpos colhidos dos humanos são chamados imunoglobulina e os dos animais, soros. A imunidade passiva dura apenas algumas semanas.

Imunoprevenção - É a utilização da imunização ativa ou passiva na prevenção de doenças infecciosas.

Integralidade - De risco e da adoção de práticas preventivas e de apoio emocional.no contexto da relação entre o profissional de saúde e o cliente, é o resgate da condição do cliente enquanto pessoa total com corpo, mente, emoções, história

Janela Imunológica - Tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes, que possam ser detectados pelo teste anti-HIV.

Período de latência - Os efeitos terapêuticos dos psicofármacos não se consolidam nos primeiros dias de uso; ao contrário, alguns desses medicamentos apresentam um período de várias semanas para que seus efeitos sejam percebidos.

Pós-Teste - É a sessão de aconselhamento de entrega do resultado, de reforço da percepção de risco e da adoção de práticas preventivas e de apoio emocional.

Pré-Teste - É a sessão de aconselhamento que antecede o teste e ajuda o cliente a decidir se irá realizá-lo ou não.

Psicotrópicos - São aquelas que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração.

Reabilitação psicossocial - Deve ser entendida como uma exigência ética, um processo de recons- trução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

Rebote - É a tendência de um medicamento para provocar o retorno (reaparecimento) dos sintomas que estão sendo tratados. Em casos extremos de efeito rebote, os sintomas poderão ser mais graves que no início da doença. Isso é muito comum na enxaqueca.

Recaída - É o retorno a uma situação anterior indesejável, quando suas manifestações já não se faziam presentes ou estavam controladas. Aplica-se a doenças, uso de drogas e álcool, saúde mental, etc.

Recursos internos - Bagagem vivencial e emocional de cada indivíduo para resolver mitos, crenças e sentimentos.

Relações intersubjetivas - Relações entre sujeitos singulares nas quais realizam trocas de suas vivências subjetivas.

Síndrome de abstinência - Aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem uso de álcool ou outras drogas.

Somatizações - Presença de queixas físicas freqüentes, geralmente mutáveis no tempo, sem substrato fisiopatogênico aparente.

Soroconversão - É o período em que anticorpos séricos, produzidos em resposta a uma infecção tornam-se detectáveis por um teste laboratorial. Pode ser imediata ou tardia.

Testagem sorológica - É a verificação, por meio de uma metodologia de testes laboratoriais, da presença ou não dos anticorpos no sangue (por exemplo, anti-HIV).

TOC (transtorno obsessivo-compulsivo) - É um transtorno de ansiedade caracterizado por pensamentos obsessivos, que são pensamentos desagradáveis, que surgem na mente, espontaneamente, contra a vontade do paciente, geralmente envolvendo alguma ameaça (por exemplo, pensamentos relacionados ao adoecimento ou morte do paciente ou de algum familiar) e por atos compulsivos, que são realizados pelo paciente como uma maneira de aliviar a ansiedade causada pelos pensamentos obsessivos.

Tolerância - É a necessidade de beber cada vez maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos.

Toxóide

Transgressões - Quebra de normas e valores de uma determinada cultura.

Uso abusivo - Ocorre quando há o uso de uma substancia psicoativa que é lesivo ou excessivo, ocasional ou persistente, em desacordo com os padrões culturais e com a prática médica vigente.

Uso nocivo de álcool e drogas - A definição de uso nocivo (CID-10) baseia-se nos seguintes critérios:
1. Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento; 2. A natureza do dano é claramente identificável; 3. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses; 4. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda). Pode ser entendido como um padrão de uso em que aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário. Na DSM-IV, utiliza-se o termo "abuso", definido de forma mais precisa e considerando também conseqüências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência.

Vício - Hábito repetitivo que degenera ou causa algum prejuízo ao viciado e aos que com ele convivem.

Vínculo - É a ligação afetiva que pode ser gerada no encontro entre duas ou mais pessoas.